第７号様式(第７条関係）

介護保険　　　要介護認定・要支援認定　　　　　申請書

　要介護更新認定・要支援更新認定

東秩父村長　様

 次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  | 枝番 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 前回の要介護認定の結果等 | ※要介護・要支援更新認定の場合のみ　記入 | 要介護状態区分　１　２　３　４　５　　 要支援状態区分 １ ２ |
| 有効期間　　　　　年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日 |
| ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 | 転出元自治体（市町村）名　[　　　　　　　　　　　　　　　　]現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。　　　　　（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。）はい　・　いいえ「はい」の場合、申請日　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 過去６月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無有 ・ 無 | 介護保険施設の名称等所 在 地期間　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| 医療機関等の名称等所 在 地期間　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |
| 提出代行者 | 名称 | 該当に○ （地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主　治　医 | 主治医の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 |

　　　　第２号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、　　　　介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業　　　　　者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名