

【記載例】

様式第7号

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

(あて先) 東三河広域連合長 様
次のとおり申請します。

□新規 □更新 □要介護・要支援状態区分変更
□新規(要支援から要介護への区分変更) □転入

※申請者が本人の場合は、「申請書提出者欄」の記入は不要です。

申請年月日 令和XX年XX月XX日
本人との関係 長男
提出代行者等名称
住所 豊橋市00町字00XX番地

該当するものにチェックを入れてください

提出代行者が申請する場合は、事業所名を記入してください

フリガナ トヨハシ タロウ
氏名 豊橋 太郎
提出代行者等名称
住所 豊橋市00町字00XX番地

フリガナ トヨハシ ハナコ
氏名 豊橋 花子
住所 豊橋市00町字00XX番地
医療保険者番号
申請の理由
現在入所・入院中の介護保険施設・病院の有無

被保険者番号
生年月日
性別
医療保険被保険者記号番号
有効期間
申請の理由
期間

新規の場合、前回の認定結果は不要です

入院、入所している場合はご記入ください

医療機関名 00病院
所在地 豊橋市00町字00XX番地

フリガナ ヨシダ イチロウ
主治医氏名 吉田 一郎

必ずご記入ください
※事前に主治医へ意見書作成の承諾を得てください

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名
※第二号被保険者は医療保険の資格情報が確認できるものを提示すること

40~64歳の方は、特定疾病名をご記入ください

調査場所
認定調査日時
立会
サービス利用日等

ご家族の方は、訪問調査に極力お立会いください
調査場所や日程を決めるために必要ですので、ご記入ください

特記事項
確認事項

調査員が軽自動車1台で伺いますので自宅駐車場の有無に☑をお願いします
その他都合の悪い曜日などの☑、記載をお願いします

事務処理欄のため記入不要です

(注意) 裏面につづく

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、東三河広域連合から介護保険事業者等（別表のとおりとする。）、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示すること、また、東三河はいつでもネットワークを利用して介護認定電子審査会を行うことに同意します。

（更新申請の場合）要介護認定・要支援認定の更新申請の場合で、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができるときには、当該認定が更新申請の日から30日を超える場合であっても、東三河広域連合が認定の延期に係る通知を省略することに同意します。

本人署名	豊橋 花子									
個人番号										

本人署名は必ずご記入ください

以下は事務処理欄のため記入不要です

*事務処理欄（申請受付に関すること）

受付窓口	<input type="checkbox"/> 東三河広域連合介護保険課 <input type="checkbox"/> 豊橋市 <input type="checkbox"/> 豊川市 <input type="checkbox"/> 蒲郡市 <input type="checkbox"/> 新城市 <input type="checkbox"/> 田原市 <input type="checkbox"/> 設楽町 <input type="checkbox"/> 東栄町 <input type="checkbox"/> 豊根村							
	名称							
	受付		入力		回送		備考	

*事務処理欄（個人番号に関すること）

本人確認・代理人確認	番 号		身 元			代 理 権		
	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
	個人番号カード	<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写	個人	<input type="checkbox"/> 写真付き確認書類（1点）			<input type="checkbox"/> 確認書類（1点）	
		通知カード		<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写	<input type="checkbox"/> 写真無し確認書類（2点）			<input type="checkbox"/> 委任状
	住民票等			<input type="checkbox"/> 原本 <input type="checkbox"/> 複写	事業者	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証								
<input type="checkbox"/> 介護事業所職員証明書等								

別表

介護予防支援事業者	基準該当介護予防支援事業者
介護予防ケアマネジメントを実施する事業所	居宅介護支援事業者
基準該当居宅介護支援事業者	介護老人福祉施設
介護老人保健施設	介護医療院
小規模多機能型居宅介護事業者	介護予防小規模多機能型居宅介護事業者
看護小規模多機能型居宅介護事業者	認知症対応型共同生活介護事業者
介護予防認知症対応型共同生活介護事業者	特定施設入居者生活介護事業者
介護予防特定施設入居者生活介護事業者	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護施設
地域密着型特定施設入居者生活介護事業者	