

申請書記入例

様式第7号

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

介護保険の被保険者番号をご記入ください。

更新 要介護状態・要支援状態区分変更 転入による
該当するものにレ印を付けてください。

本人長
のとお申し込みを 申請年月日 年 月 日

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 個人番号

フリガナ トコロザワ タロウ 氏名 所沢 太郎 生年月日 昭和 5年 5月

申請について、確認する
場合がございます。

住所 所沢市並木1-1-1

自宅電話番号 04 (2998) 1111

すでに認定を持っている
方は現在の介護度をご記入
ください。

連絡先 090 (1111) 1111 氏名 所沢 介子 続柄 子

介護認定 要介護状態区分 ① 2 3 4 5

有効期間 令和 元年 1月 1日から

ご加入の医療保険の番号等をご記入ください。
※後期高齢者医療制度の方は、記号と枝番は
不要です。

※転入の場合に記入 転入前の保険者番号
要介護・要支援認定番号

医療 保険	保険者名	後期高齢		保険者番号	39112081	
	被保険者証	記号	番号	01234567	枝番	

申請の理由 認定更新のため

入院・入所の状況 名称等 所沢市病院 (2階東側 病棟)

期 間 令和 元年 10月 10日～入院中 (令和 2年 1月 9日に退院予定)

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適
定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審
所沢市から地域包括支援センター、居宅介護
保険施設の関係人、主治医意見書を記載し
ことに同意します。

同意について、ご協力をお願いいたします。なお、パソコン
等で申請書を作成した場合でも、同意欄の本人氏名・代
筆者氏名・続柄は直筆していただくようお願いいたします。

本人氏名 所沢 太郎 (代筆者氏名：所沢 介子 続柄：子)

提出代行者 氏名 所沢 介子 続柄 子 電話番号 090(1111)1111
住所 〒359-8501 所沢市並木1-1-1

提出代
行
事
業
所
名
 ※次の中から該当する事業所の番号を記入してください。
1 地域包括支援センター / 2 指定居宅介護支援事業者 / 3 指定介護
4 介護老人保健施設 / 5 介護医療院 / 6 その他
名称 住所 電話番号

大学病院等については
主治医の①診療科②氏名
までご記入ください。

主治医 医療機関 所沢市病院 主治医氏名 内科 福祉 花子 先生
所在地 〒359-0025 所沢市上安松1224-1
電話番号 04 (2992) 1151

第2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 (疾病名) 受付者

第2号被保険者の方は、特定疾病の番号と疾病名をご記入ください。(疾病名は略称でも構いません。)

- ①筋萎縮性側索硬化症 ②後縦靭帯骨化症 ③骨折を伴う骨粗鬆症 ④多系統萎縮症 ⑤初老期における認知症
- ⑥脊髄小脳変性症 ⑦脊柱管狭窄症 ⑧早老症 ⑨糖尿病性神経障害等 ⑩脳血管疾患 ⑪パーキンソン病関連疾患
- ⑫閉塞性動脈硬化症 ⑬関節リウマチ ⑭慢性閉塞性肺疾患 ⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- ⑯がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)