

様式第7号（第10条関係）

要介護・要支援新規認定
 介護保険 要介護・要支援更新認定 申請書
要介護状態区分変更認定

綾部市長 様

次のとおり申請します。 申請日 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 記号・番号	記号			番号			枝番			
	ふりがな						生年月日	年 月 日(歳)				
	氏 名						性 別	男 ・ 女				
	住 所		〒				電話 ()					
	前回の要介護 認定の結果等 (該当に○)		要介護・要支 援更新認定 の場合のみ 記入	要介護等 状態区分	・要支援1・要支援2 ・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5							
				有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
			14日以内に 他自治体から 転入した方 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								
	申請時の状況 (該当に○)		在 宅	住所地(住民登録地)と異なる場合はその場所、連絡先 電話 () 方								
		入所・入院 中の施設	施設名			所在地						
			入所・ 入院日	年 月 日		退院・退所予定	・有り ・無し 年 月 日予定					
		区分変更申請の場合はその理由										

本申請書をご本人に代わって提出される場合は、その方又は事業所についてご記入ください。

提 出 代 行 者	氏名・ 施設名	該当に○(・親族 ・地域包括支援センター ・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 ・その他())									
	所在地										

主治医とその医療機関についてご記入ください。

主 治 医	氏 名					医療機関名				
	医療機関の 所在地	〒				電話 ()				

第2号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)のみご記入ください。

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〈同意欄〉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、綾部市から地域包括支援センター、介護サービス事業者の関係人、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に同意します。

本人氏名 _____