

消せるボールペンや鉛筆などは使用しないでください。

様式第7号 (第15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

(宛先) 静岡市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和4年 6月 1日

申請番号

申請者氏名 又は 提出代行者名称	該当に○ (地域包括支援センター・指定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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)	被保険者 との関係	妻
申請者住所又は 提出代行者の住所 若しくは所在地	〒0000-0000 静岡市〇区〇〇町〇番〇号	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

窓口に来られる方の氏名、住所を記入。  
事業者が申請するときは、事業者名、所在地を記入。

申請理由	1 新規	2 更新	介護保険被保険者証を参照して記入。	個人番号カードや通知カードを参照して記入。わからない場合は記入不要。
------	------	------	-------------------	------------------------------------

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
医療保険者名	静岡市〇区(国保)	保険者番号	
医療被保険者証 記号番号枝番	11111111-11	医療保険被保険者証を参照して記入。	
フリガナ	ニホン タロウ	氏名	日本 太郎
氏名	日本 太郎	生年月日	明大 〇〇年 〇月 〇日 性別 男 女
住所	〒0000-0000 静岡市〇区〇〇町〇番〇号	住民票の住所を記入。	番号 〇〇〇-〇〇〇〇
前回の要介護 認定の結果等 (注)更新の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1	新規申請の場合 は記入不要
有効期間	令和 3年 〇〇月 〇〇日 から 令和 4年 〇〇月 〇〇日 まで		
介護保険施設 入院・入所の有無 (短期入所を除く。)	有	入院・入所施設名 所在地	介護保険施設に入院・入所するとき、 「有」に○をつけて記入。
	無	介護保険施設以外の入院 入所施設名及び所在地	病院や有料老人ホーム等、介護保険施設 以外に入院・入所中するとき、「無」に○を つけて記入。(部屋番号も記入)

主治 医療機関名	〇〇内科医院	主治医意見書の記載了承済みの医療機関を1箇所記入。		
主治 医師名	〇〇 〇〇	主治医・ 指定医の別	主 指	診察券番号 (注)総合病院の場合のみ記入
主治 所在地	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

住民票以外の住所に居住しているとき記入。

施設に入院又は入所していない 場合の希望調査地	静岡市 〇〇区 〇〇町 〇〇番地 静岡 清子 様方	
訪問調査に対応できない日時等	金曜日は不可。連絡・調査ともに長女方へ。	
連絡先氏名等	静岡 清子 (被保険者との関係 長女)	連絡先電話

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

特定疾病名	脳血管疾患
-------	-------

認定調査の日程調整連絡先を記入。適切な運営のために必要があると  
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、静岡市から地域包括支援センター、居宅介護支  
援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を  
記載  
認定 被保険者氏名を記入。 調査員に提示することに同意します。更新  
知されない場合に、現在の認定有効期間中

被保険者が64歳以下のときに記入。

被保険者氏名 日本 太郎