第7号様式(省令第35条、第40条、第42条、第49条、第54条、第55条の2関係)

介護保険　要介護／要支援／要介護更新／要支援更新／要介護・要支援区分変更　認定申請書

□新規　□更新　□要介護・要支援状態区分変更　□新規(要支援者の要介護への区分変更)　□転入

※上の該当するものに「レ」点をつけてください。

年　　月　　日

(宛先)

秦野市長

次のとおり申請します。

| 窓口に来た人(申請者本人の場合は記載不要) | | |
|---|---|---|
| 氏名 | | 申請者との関係 |
| 住所 | 電話　　(　　) | |
| 代行 | (地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設・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・介護医療院) | |
| 上記事業者へ申請代行を依頼します。　被保険者氏名 | | |

| 被保険者(認定を受ける方) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 介護保険被保険者番号 | | 個人番号 | | |
| 医療保険 | 種別 | □秦野市国保　□神奈川県後期高齢者医療　□その他　□無 | | |
| | 保険者名 | | 保険者番号 | |
| | 被保険者 | 記号　　番号　　枝番 | | |
| 氏名 | ふりがな | | 性別 | 男　・　女 |
| | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | ※上記住所に　□居住している　□居住していない　　電話　　(　　) | | | |
| 上記住所に居住していない場合 | 入院・入所先の住所等、または居住地住所<br>住所<br>電話　　(　　)<br>施設名<br>病棟　　階　　号室<br>入院(入所)予定期間　　年　月　日～　　年　月　日 | | | |
| 前回又は現在の要介護認定結果等　※更新認定・区分変更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　～　年　月　日 | | | |
| 区分変更申請の理由 | | | | |
| 主治医 | 医療機関名 | | 診療科 | |
| | 所在地 | 電話　　(　　) | 医師名 | |
| 14日以内に他自治体から転入した方 | 転出元市町村名【　　】 | | | |
| 第2号被保険者の方(40～64歳) | 特定疾病名 | | | |

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、主治医意見書、秦野市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、秦野市から地域高齢者支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、地域密着型サービス事業所、介護保険施設、介護予防支援事者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

被保険者氏名　　代筆者氏名