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

□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

※上の該当するものに「レ」点をつけてください。

記入例

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)	

認定を受けようとする方の「介護保険被保険者証」・「医療保険証」「マイナンバーカード」と窓口に来る方の本人確認書類(免許証等)をご持参ください。

被保険者(認定を受ける方)

介護保険被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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		
	被保険者記号		枝番
氏名	ふりがな　はだの　たろ		・　女
	秦野　太郎	生年月日	昭和5　年　1　月　1　日
住所	秦野市桜町1-3-2		
	※上記住所に　□居住している　■居住していない	電話　0463　(　82　)9616	
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 住所　秦野市〇〇 施設名　〇〇病院 入院(入所)予定期間　令和●年●月●日～　令和●年●月●日	電話　0463（●●）×××× 病棟　2　階201号室	

認定を受けようとする方の加入している医療保険について、ご記入ください。

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	〇〇病院	診療科	内科
	所在地	秦野市〇〇町〇番〇号 電話　(　)	医師名	丹沢　太郎
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			

40歳～64歳の方は必ず記入してください。申請時は医療保険証をご持参ください。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切
定にかかる調査内容、介護認定審査会による判
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
着型介護
医師又は
合を含む

ここは署名欄です。必ず手書きで記入してください。本人が署名できない場合は、ご家族の方が代筆してください。

被保険者氏名　秦野　太郎

代筆者氏名　秦野　花子