

様式第7号（第7条、第8条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

新規 更新 変更 介護新規 転入

春日部市あて
次のとおり申請します。

受付者印	調査担当

該当の申請区分に印をつけてください

日										年			月		日			
被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号		987654321012				
医療 保険	保険者名		春日部市									保険者番号		110148				
	被保険者証		記号		614						番号		11111		枝番		01	
フリガナ		カスカベ タロウ									生年月日		明・大・昭 27年10月10日					
氏名		春日部 太郎									性別		男・女					
被 保 険 者	住所		〒344-8577 春日部市中央七丁目2番地1									電話番号		〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇				
	要介護状態区分		1		2		3		4		5		要支援状態区分		1		2	
	有効期限		年		月		更新の場合は、前回の介護度と有効期間を記入して下さい											
	前回の要介護認定の結果等		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		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													
過去6カ月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無		介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地 春日部市立医療センター									期間		R6年12月1日～R7年1月31日					
申請理由		（区分変更・介護新規申請の場合は理由を記入してください。）																

提出 代 行 者	名称	該当に○（地域包括支援センター・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・介護医療院）													
	住所	〒											担当ケアマネジャー		
電話番号		（ ）													

提出者（窓口に来られた方）	春日部 小太郎	本人との関係	長男
---------------	---------	--------	----

介護者の連絡先	氏名	春日部 小太郎	本人との関係	長男
	住所（自宅・勤務先等）	〒344-8577 春日部市中央七丁目2番地1 電話番号 〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇		

主治医	氏名	粕壁 次郎	医療機関名	春日部市立医療センター
	所在地	〒344-0067 春日部市中央		

主治医の名前をフルネームで記入してください。（しばらく受診がない場合は受診するようにしてください。）

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）	
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・意見及び主治医意見書を春日部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又は介護保険施設の関係人、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又は提供することに同意します。また、更新申請において、申請から30日以内に認定されない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名	春日部 太郎 （代筆：春日部 小太郎）
------	------------------------

認定申請に係る調査連絡票

※介護保険認定申請にかかる確認事項 (以下 わかる範囲でご記入ください。)

新規 更新 区分変更 介護新規

被保険者氏名		(被保険者番号) 春日部 太郎 ・ 1234567890	
日程調整先	・ 氏名	春日部 花子 (被保険者との関係) 相談員	
	・ 連絡先 (日中連絡可)	048-000-0000	
立会者 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		立会者氏名	<input type="checkbox"/> 同上 春日部 子太郎
		被保険者との関係	長男
調査場所 【自宅・その他】 どちらかに○を 付けてください		病院名・施設名等：春日部市立医療センター 344-0067 住所：春日部市中央 6-7-1 期間：令和 6 年 12 月 1 日 ～ 令和 7 年 1 月 31 日	
メモ欄 ・ 区分変更・介護新規の方はご回答ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> その他 () ※ 2号被保険者の場合は特定疾病をご記入ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 心身の状態像について ・ 調査日について 例) 透析・通院のため月・水・金は不可 デイサービスのため木曜日は不可 ・ 入院・入所、退院・退所について 例) 令和 7 年 1 月末退院予定 ・ 駐車スペースについて など 			
備考 (職員記入欄)			