

第7号様式（第9条関係）

介護保険 **要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定  
要介護認定変更** 申請書

指宿市長 様  
次のとおり申請します。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名			本人との関係		
提出代行者名称	該当に○（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・介護医療院） 電話番号				

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要  
※被保険者・申請者以外の方から提出があった場合は、提出者情報について、お聞きする場合があります。

申請者住所	〒	電話番号
-------	---	------

被	被保険者番号						結果等送付先 ・自宅 ・その他 →
	フリガナ						被保険者住所と違う場合ご記入ください。
保	氏名	個人番号					生年月日 明・大・昭 年 月 日 性別 男 ・ 女
	住所 (調査場所)	〒 行政区 [ ] 電話番号					
	※住所と異なる場合は、必ずご記入ください。→ ( )						
険	医療保険	保険者名	保険者番号				
		被保険者証	記号	番号	枝番		
	現在の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護・要支援状態区分 有効期限 年 月 日から 年 月 日まで				
		*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。 はい ・ いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日				
者	変更申請の理由 ※前回要支援・非該当の場合も含む。	※具体的に記入してください。					
	過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無 (有・無)	有の場合該当に○（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・医療機関等）の名称・所在地 ←異動の経緯が分かれば複数記入 期間 年 月 日～ 年 月 日 期間 年 月 日～ 年 月 日					

主治医	主治医の氏名			医療機関名	
	所在地	〒		電話番号	
指宿医療センター(旧国立指宿病院)の場合、 受診(退院)予定日をご記入ください。			受診(退院)予定日	年	月 日 ・ 未定

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見を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

備考 週間予定及び 調査希望日 [ ]	月	火	水	木	金	調査日など連絡先 ( ) 家族等調査立会希望 (有・無) 調査できる状況か (はい・いいえ) [ ]
	午前					
	午後					