

(別添 1-1)

# 介護保険 要介護・要支援（新規・更新・区分変更）認定申請書

七戸町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日：令和 年 月 日

被 保 者 除	介護保険被保険者番号	0 0 0 0	個人番号													
	医療保険	保険者名							保険者番号							
		被保険者記号・番号	記号				番号			枝番						
	フリガナ							生年月日	大正・昭和	年	月	日				
	氏名							性別	男	・	女					
	住所	〒												電話番号		
	前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援区分変更、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	2					
			有効期間	平成・令和	年	月	日から	令和	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。 （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 令和 年 月 日	
過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院又は入所（有・無）	介護保険施設等の名称等・所在地						期間	年	月	日	～	年	月	日		
	医療機関等の名称等・所在地						期間	年	月	日	～	年	月	日		
	医療機関等の名称等・所在地						期間	年	月	日	～	年	月	日		
変更申請理由	※状態の変化等について具体的に記入してください															

提出代行者	名称	該当に○（家族 続柄（ ）・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	〒												電話番号	

主治医	主治医の氏名						医療機関名						
	所在地	〒					電話番号						

第二号被保険者（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												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防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・要支援認定に係る調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、七戸町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（代筆可）

## 介護保険認定調査場所・立会人・連絡先記入票

利用者の氏名

介護保険要介護認定のため、ご自宅または施設・入院先へ調査に伺います。日常生活や介護状況をお聞きしますので、正確な調査のため、ご家族の立会いをお願いいたします。調査日は事前に必ずご連絡申し上げますので、確実に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

### ● 調査場所

↓↓ 該当する番号に○をしてください

1. 申請書の住所と同じ（駐車場所：あり・なし）
2. 申請書の住所以外の家【住所：\_\_\_\_\_ 世帯主名：\_\_\_\_\_】
3. 病院入院中の方【病院名：\_\_\_\_\_ 連絡先：\_\_\_\_\_】  
（病棟・病室：\_\_\_\_\_）  
（退院予定日： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ・ 未定）
4. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム等の施設入所中の方  
【施設名：\_\_\_\_\_】

⇒ 立ち合いをされる方は、お名前・利用者との関係・連絡先をご記入ください。

◇氏名：\_\_\_\_\_（利用者との関係：\_\_\_\_\_）  
連絡先電話番号：\_\_\_\_\_

### ● 調査に立ち会うご家族等（在宅調査のみ）

【氏名：\_\_\_\_\_】（続柄：\_\_\_\_\_）

⇒ 同居・別居（住所：\_\_\_\_\_）

### ● 日中でも確実に連絡のとれる連絡先

- ・ 自宅等（TEL：\_\_\_\_\_ 氏名\_\_\_\_\_）
- ・ 携帯電話（TEL：\_\_\_\_\_ 氏名\_\_\_\_\_）
- ・ 勤務先（TEL：\_\_\_\_\_ 会社名\_\_\_\_\_）

➤メモ欄（病歴・介護が必要となった背景・入退院（所）・情報等）

※家族状況 独居 同居（夫婦のみ） 同居（誰と：\_\_\_\_\_） ※施設入所、入院中の方は  
在宅の場合に家族と同居することとなるか否かの観点で選択