様式第７号
（第１４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）申請書

伊豆の国市長　様

次のとおり申請します。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療保険 保険者名		保険者番号		
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ / 氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
			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・要支援更新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		
			有効期限　年　月　日から　年　月　日		
		※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月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無 【有・無】	介護保険施設等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日		
		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		

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	〒 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、伊豆の国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

認　定　調　査　確　認　票

この確認票をもとに、訪問調査の日程を相談させていただきます。
※該当する項目に☑をしてください。

<table>
<tr><td>記入者氏名</td><td>本人以外の場合
（続柄　　）</td></tr>
<tr><td>受診状況</td><td>定期受診：☐あり（　　日・週間・月）に１回　　☐往診　　☐入院中
☐なし（受診予定　　月　　日頃）
受診科名：☐内科　☐整形外科　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>訪問調査先</td><td>☐自宅（住民票住所地）：　一人暮らし　・日中独居　・高齢者世帯　・家族同居
☐病院　　☐施設　：名称　　病棟・階　　号室
☐その他　：（　　）</td></tr>
<tr><td>調査員駐車場</td><td>☐あり：　軽自動車のみ　・　普通車も可
☐なし（　　）</td></tr>
<tr><td>調査立会有無</td><td>☐なし
☐あり　氏名　：　　続柄：
連絡先：電話　　自宅・勤務先
携帯
※８：３０～１７：１５の間で連絡のとれる電話番号を記入してください。</td></tr>
<tr><td>訪問調査日</td><td>調査は月～金曜日　９：００～１６：００（休日・夜間を除く）に行います。
本人・立会者の都合の悪い曜日に×をつけて下さい。
<table>
<tr><td></td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>備　　考</td></tr>
<tr><td>午　前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>午　後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>申請理由

本人の生活状況
身体状況</td><td>申請理由及び希望の介護サービス・身体状況（記入例：買い物、入浴、着替え・歩行困難・物忘れが激しい・状態の悪化の有無・入院中の場合手術の有無や術後の経過　等）</td></tr>
<tr><td>調査時留意点</td><td>事前に調査員へ伝えておきたい事・特別な配慮の必要がありましたら記載して下さい。
☐病名・病状を告知していない　☐本人の前で話しにくい事がある　☐その他</td></tr>
<tr><td>利用中の
サービス
（更新の方）</td><td>☐施設入所　☐デイ（デイケア）＜　月　・火　・水　・木　・金　・土　・日　＞
☐ヘルパー　☐ショートステイ（申請以降の利用予定日）　　月　　日～　　月　　日
☐訪問入浴　☐訪問リハビリ　☐福祉用具利用　☐住宅改修　☐その他</td></tr>
<tr><td>担当（予定）
ケアマネジャー</td><td>氏名　　事業所名</td></tr>
<tr><td>認定結果送付先</td><td>☐現住所へ郵送　　☐登録済み送付先へ郵送　　☐委任状</td></tr>
<tr><td>※市役所使用欄</td><td>保険証の提出状況
（有・無・紛失届）</td><td>資格者証
（手渡し・郵送・不要）</td><td>第三者行為求償（交通事故等）への該当
（有・無）　　有の場合　示談（有・無）</td></tr>
</table>