様式第7号(第8条関係)　**【新規申請】**

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

東松山市長　宛て　次のとおり申請します。

申請年月日	年　月　日		独居(日中独居を含む)の有無	有 ・ 無	
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 記号		番号		枝番
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒　— 電話番号　(　)			
	現在の要介護認定の結果等 ※更新申請のみ記入	要介護状態区分 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5	有効期間	年　月　日～ 年　月　日	
	訪問調査先 ※住所と異なる場合記入	住所 電話番号　( )			
		入院・入所施設名			
	訪問調査同席者	氏名　続柄	連絡をとることが容易な時間(昼間)		
		住所　※被保険者と同じときは、記入不要 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　( )		

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書を、東松山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することに同意します。

被保険者氏名

2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	

事業者が提出するときに記入

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・指定介護療養型医療施設)
	所在地	〒　— 電話番号　( )

市役所整理欄(申請者記入不要)

□申請データ入力　□資格者証交付　□居宅介護支援事業者届済確認

前回意見書作成医師	前回訪問調査員	居宅介護支援事業者

意見書依頼日	調査依頼日	今回調査委託先

新規申請者の状況（分かる範囲でご記入ください）

申請理由 □歩けなくなった、歩きづらくなった □物忘れが増えた □お風呂に入れない □その他（　　）
調査希望曜日 □月　□火　□水　□木　□金 ※介護サービス利用日は原則避けてください
入院中の方 □　　月　　日　～　入院 □　　月　　日頃　退院予定
駐車場所 □あり　　□なし

市役所記入欄（申請者記入不要）

日にち	連絡先	用件	受付者