（犬山市）

様式第７（第１３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

犬山市長

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		生年月日	明・大・昭　年　月　日 （　）歳	
	氏名		性別	男・女	
	住所	〒　- 電話番号（　）　－			
	前回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	
			有効期間　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、医療機関等入院、入所の有無 有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日		
		介護保険施設の名称等・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	該当に〇(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、主治医意見書、犬山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、犬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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。 また、更新申請の場合、現在の認定有効期間内であれば、要介護認定・要支援認定等延期通知を省略することに同意します。

本人氏名　　代筆者氏名

被保険者本人に代わって同意署名された方は、お名前をご記入ください。

保険者処理欄	受付日	・　・	受付番号		調査日時	／　（　）	AM PM

◇訪問調査について◇

①訪問調査にお伺いする際の立会人について記入してください。（ａ、ｂのいずれかに○）
（＊介護者の方は、できるだけ訪問調査に立ち会いをお願いします。）
ａ．立会人の氏名・続柄等〔氏名　　続柄　　〕
ｂ．訪問調査に立ち会いません

②希望する訪問日について記入してください。（ａ～ｃのいずれかに○）
ａ．いつでもよい
ｂ．希望する曜日→〔月・火・水・木・金〕　（○をつける）
ｃ．希望する日　→〔　　月　　日〕　（土・日・祝日を除く）

③希望する訪問時間帯について記入してください。（ａ～ｄのいずれかに○）
ａ．午前 9 時 15 分～
ｂ．午前 10時 30 分～
ｃ．午後 1 時 30 分～
ｄ．午後 2 時 45 分～
※申請の状況によっては希望日時に調査ができない場合もありますのでご了承ください。

④希望する訪問調査場所について記入してください。(a，bのいずれかに○)
（デイサービス・デイケア・ショートステイでの訪問調査は行いません。）
ａ．自　宅
ｂ．その他〔名称　　〕
〔所在地　　電話番号　　〕

⑤訪問調査にお伺いする際、調査用の車両（軽自動車）を停める駐車場等はありますか。
（ａ，ｂのいずれかに○）
自宅以外に駐車場がある場合は、その場所の記入もお願いします。
ａ．有〔　　〕
ｂ．無

◇連絡先等について◇

調査日時の調整等のため、市から連絡をさせていただくことがありますが、ご自宅以外への連絡を希望される場合は、下記に記入してください。

〔名　　称　　〕

〔電話番号　　－　　－　　〕

〔氏　　名　　〕

〔連絡の取れる時間帯　　〕

記 入 例

（犬山市）

様式第７（第１３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

犬山市長

次のとおり申請します。

申請年月日　令和　〇年　△月　×日

被保険者	介護保険被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号												
	医療保険 保険者名	後期高齢者医療										保険者番号	39232152											
	医療保険 被保険者証	記号										番号	01XX〇〇▽▽							枝番				
	フリガナ	イヌヤマ　タロウ										生年月日	明・大・(昭)　年　月　日											
	氏　名	犬山　太郎										性　別	(男)　・　女											
	住　所	〒484-〇〇〇〇 愛知県犬山市大字犬山字東畑〇〇番地 電話番号(0568)　〇〇 ― △△△△																						
	前回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																					
			有効期間　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、医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間　年　月　日～　年　月　日												
		介護保険施設の名称等・所在地										期間　年　月　日～　年　月　日												
		医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇　病院										期間　〇年　△月　×日～　年　月　日												
	有　・　無	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	該当に〇(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) 犬山　花子		
	住　所	〒484-〇〇〇〇 愛知県犬山市大字犬山字東畑〇〇番地　電話番号(0568)　〇〇 ― △△△△		

主治医	主治医の氏名	犬山　次郎	医療機関名	〇〇〇　病院
	所　在　地	〒484-〇〇〇〇 愛知県犬山市大字犬山字東畑△△番地　電話番号(0568)　△△－××××		

第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、主治医意見書、犬山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、犬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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。また、更新申請の場合、現在の認定有効期間内であれば、要介護認定・要支援認定等延期通知を省略することに同意します。

本人氏名　犬山　太郎　　代筆者氏名　犬山　花子

被保険者本人に代わって同意署名された方は、お名前をご記入ください。

保険者処理欄	受付日	・　・	受付番号		調査日時	／　（　）　AM PM

◇訪問調査について◇

①訪問調査にお伺いする際の立会人について記入してください。（ａ、ｂのいずれかに○）
（＊介護者の方は、できるだけ訪問調査に立ち会いをお願いします。）
ⓐ 立会人の氏名・続柄等〔氏名　**犬山 花子**　　続柄　**妻**　〕
ｂ．訪問調査に立ち会いません

②希望する訪問日について記入してください。（ａ～ｃのいずれかに○）
ａ．いつでもよい
ｂ．希望する曜日→〔月・ⓚ・水・木・ⓚ〕　（○をつける）
ｃ．希望する日　→〔　　月　　日〕　（土・日・祝日を除く）

③希望する訪問時間帯について記入してください。（ａ～ｄのいずれかに○）
ⓐ 午前９時15分～
ⓑ 午前10時30分～
ｃ．午後１時30分～
ｄ．午後２時45分～
※申請の状況によっては希望日時に調査ができない場合もありますのでご了承ください。

④希望する訪問調査場所について記入してください。（a，bのいずれかに○）
（デイサービス・デイケア・ショートステイでの訪問調査は行いません。）
ⓐ 自　宅
ｂ．その他〔名称　　〕
〔所在地　　電話番号　　〕

入院・施設入所中の場合はこちらに病院名・施設名等をご記入ください

⑤訪問調査にお伺いする際、調査用の車両（軽自動車）を停める駐車場等はありますか。
（ａ，ｂのいずれかに○）
自宅以外に駐車場がある場合は、その場所の記入もお願いします。
ⓐ 有〔　　**自宅前**　　〕
ｂ．無

◇連絡先等について◇

調査日時の調整等のため、市から連絡をさせていただくことがありますが、ご自宅以外への連絡を希望される場合は、下記に記入してください。

〔名　　称　　〕

〔電話番号　**090** － **△△△△** － **△△△△**　　〕

〔氏　　名　　**犬山　花子**　　〕

〔連絡の取れる時間帯　　**9～17時**　　〕