様式第７号(第８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

(宛先)村上市長

次のとおり申請します。　　申請年月日

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			
		被保険者記号・番号	記号		番号		枝番
	フリガナ			生年月日			
	氏名			性別			
	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		有効期限　　から			
		※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				
	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	介護保険施設等の名称等・所在地		期間　～			
		介護保険施設等の名称等・所在地		期間　～			
		医療機関等の名称等・所在地		期間　～			
		医療機関等の名称等・所在地		期間　～			

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、主治医意見書、本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、本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若しくは介護保険施設の関係人、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こと（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。）、あるいは村上市要介護認定及び要支援認定に係る情報提供取扱要綱に従い情報提供することに同意します。また、被保険者の介護保険料の納付状況を確認することに同意します。

本人氏名