様式第７（第９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

岩倉市長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　月　日

被保険者	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	●●健康保険組合、岩倉市国保 愛知県後期高齢者医療広域連合等	保険者番号	●●●●●●●●	
	医療保険 被保険者記号・番号	記号 ●●●●	番号 ●●●●	枝番 ●●	
	フリガナ	イワクラ　タロウ	生年月日	昭和10年 5月 10 日	
	氏名	岩倉　太郎	性別		
	住所	482-8686 岩倉市栄町一丁目 66 番地　電話番号 0587-66-1111			
	＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要支援２ 有効期限　令和７年 4 月 1 日～令和８年 3 月 31 日			
	前回の要介護認定の結果等 ※14日以内に	転出元自治体(市町村)名〔　　〕 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 （有）・無	介護保険施設等の名称等・所在地 ●●●●　●●市●●町●番地	期間 R７年 12 月 1 日～　年　月　日		
		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 ●●●●　●●市●●町●番地	期間 R7 年 11 月 1 日～R7 年 11 月30日		
		医療機関等の名称等・所在地	期間 ～		

前回の認定情報を記入
※新規申請の場合は不要

介護保険施設等（有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホームを含む）に入所されていた期間がある場合、医療機関等に入院されていた期間がある場合に記入

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） 岩倉　花子
	住所	〒482-●●●● 岩倉市■■町■番地　電話番号 0587-●●-●●●●

主治医	主治医の氏名	岩倉　次郎	医療機関名	●●病院
	所在地	〒●●●-●●●● ●●市■■町■番地　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	

40歳から64歳で、特定疾病の診断を受け、介護認定を申請する場合は、オレンジの枠内を記入

介護サービス計画の作成等介　援
認定にかかる調査内容、介護認　
護サービス計画及び介護予防サ　尋
した心身の状況等の情報を、岩倉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　（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

印刷した紙に署名
※代筆の場合、本人氏名と代筆者の氏名を記入

本人氏名
本人が記入できない場合の代筆者
氏名　　（続柄　　）