

水戸市長 様

介護保険要介護認定等申請書

介護保険法の規定に基づき次のとおり申請します。

新規・更新・区分変更

介護保険被保険者番号

個人番号

介護を受ける方の氏名等を記入してください。

被 保 険 者	医療 保 険	保 険 者 名			保 険 者 番 号		
		被 保 険 者 証 記 号		番 号		枝 番	
		フリガナ			生 年 月 日	性 別	
		氏 名			年 月 日		
		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 す る こ と。	要 介 護 状 態 区 分			
				有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
			14日以内に 他自治体から 転入した者 のみ記入 すること。	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			
		施設へ入所し、又は 病院へ入院している 場合（短期入所を除く。）	施 設 （ 病 院 ） 名				
			所 在 地				
	第三者行為等の有無 （要介護状態となり、 又は要介護状態が 悪化した原因が第 三者の不法行為等 による場合に記入 すること。）	負 傷 し た 日	年 月 日				
		負 傷 の 原 因 （該当に○すること。）	1 交通事故 2 傷害事件 3 その他()				

主治医がいる場合は、記入してください。

主 治 医	医療機関名 (診療科名)			主治医の氏名		
	所在地	電 話 番 号 ()				

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の方のみ記入してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

区分変更の申請の場合は、その理由を記入してください。

--

申請者が本人以外の場合は、記入してください。

申 請 者 又 は 提 出 代 行 者	氏 名 又 は 名 称 (提出代行者の場合は 該当に○すること。)	(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 又 は 所 在 地	電 話 番 号 ()				

以下の内容に同意する場合は、氏名を記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 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及び意見並びに主治医意見書を水戸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、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。 更新の申請の場合において、申請日から30日を超えた場合であっても、現在の認定有効期間内に認定を行うことができるときは、認定延期通知を省略することに同意します。 	本人氏名
---	------