【記入のしかた】※①～⑩までご記入をお願いします
（⑤・⑦・⑧・⑨は該当する場合のみ）

①　年　月　日

申請日を記入してください
（郵送の場合は、市の受理日が申請日となります）

# 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。

②　申請区分を〇で囲ってください　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。

③　医療保険情報を記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医療保険 | 保険者名 | | | |
| | 被保険者記号・番号 | | | |

④　認定を受ける方の名前を記入してください

住民票の住所を記入してください

生年月日は下の段に記入してください

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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［　　］<br>現在，転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>（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<br>「はい」の場合，申請日　年　月　日 | |

⑤　現在入院中または施設入所中の場合は、入院先・入所先施設を記入してください。

| | | |
|---|---|---|
| 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（該当に〇すること。） | 1　交通事故<br>2　傷害事件<br>3　その他（　　） |

重要！

主治医がいる場合は，記入してください。

⑥　医療機関・主治医の先生（フルネーム）を記入してください
（市からの主治医意見書の作成依頼時に必要となります）

| | | |
|---|---|---|
| 主治医 | 医療機関名（診療科名） | |
| | 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。

⑦　40～64歳での申請の場合は、16の特定疾病の診断名（特定疾病）を主治医にご確認ください

| | |
|---|---|
| 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。

⑧

申請者が本人以外の場合は，記入してください。

⑨　本人に代わって申請される方のお名前と続柄を記入してください
あわせてご住所・連絡先（携帯推奨）も記入してください

| | | |
|---|---|---|
| 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〇すること。） | （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。

・　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，指定介護老人福祉施設，介護老人保健施設の関係人，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供すること。
・　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，現在の認定期間の満了日までに認定結期通知を省略することに同意します。

⑩　同意内容をお読みいただき、認定を受ける方のお名前を記入してください

本人氏名