

## 【記入のしかた】

①～⑧までご記入をお願いします  
(④・⑤は該当者のみ)

要介護認定・要支援認定区分

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)

①

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			
	医療保険被保険者記号・番号											保険者番号			
	フリガナ											認定を受ける方の情報を記入してください			
	氏名											性別			
	住所											※住民票の住所を記入してください。			
提出代行者	前回の要介護認定の結果等											要支援・要介護 前回結果・有効期限を記入してください。 年 月 日			
	変更申請の理由											区分変更申請の理由を記入してください。			
④	過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無											過去6ヶ月に入院または施設入所されていた方、現在入院・入所中の方は、病院名・施設名と入院・入所期間を記入してください。 年 月 日			
	有・無											当てはまる方に○をつけてください。 年 月 日			
⑤	名称	該当する(地元扶助センター、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)										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			
	住所											あわせてご住所・連絡先(携帯電話)も記入してください 電話番号			
⑥	主治医											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)			
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															
⑦	特定疾患名	40～64歳での申請の場合は、16の特定疾患の診断名(特定疾患)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、水戸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、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、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の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う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															
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															
⑧	本人氏名														