様式第７号（第10条関係）

新規申請は上段・更新申請は下段に〇をつけてください。

【記入のしかた】
①～⑧までご記入をお願いします
（③・⑤・⑦は該当者のみ）

要介護認定・要支援認定　申請書
要介護更新認定・要支援更新認

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

② 認定を受ける方の情報を記入してください

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	
	医療保険 被保険者記号・番号			
	フリガナ			
	氏名		性別	
	住所	※住民票の住所を記入してください。	電話番号	

③ 更新申請の場合、前回結果を記入してください。

前回の要介護認定の結果	＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要支援・要介護 日
	※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

④ 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。

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
有　・　無	医	年　月　日～　年　月　日 ～　年　月　日

当てはまる方に〇をつけてください。

⑤ 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

提出代行者	名称	該当に〇（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

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	主治医の氏名	
	所在地	

⑦ 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	40～64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、及び主治医意見書を、水戸市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者若しくは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を委託した者に提供すること、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、現在の認定の有効期間の満了日までに認定延期通知を省略することに同意します。

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