

# 【要介護認定・要支援認定申請書の記入方法】

◇ 申請の際は、以下のものがが必要です。

①要介護認定・要支援認定申請書

②介護保険被保険者証（※紛失等でないかたは、再交付の申請書が必要となります）

③医療保険被保険者証（※令和4年4月1日より医療保険情報の記入が必須となります）

※各申請書類は、坂東市役所介護福祉課窓口または坂東市ホームページに掲載されております。

◇ 下記申請書の太枠内をご記入ください。

様式第14号（第7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

茨城県坂東市長 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											個人番号												
	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	大・昭 年 月 日											
	氏名											性別	男 ・ 女											
	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	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2																
		有効期間	平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日																					
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無	※14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入	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 令和 年 月 日																					
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無	介護保険施設の名称等・所在地						期間	年 月 日～ 年 月 日															
医療機関等の名称等・所在地							期間	年 月 日～ 年 月 日																

  

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） ※被保険者に代わって、申請されるかた（親族、施設職員、成年後見人等）の氏名を記入してください。 被保険者との関係（ ）																		
	住所	〒										電話番号								

  

主 治 医	主治医の氏名	フルネームで記入してください					医療機関名	かかりつけの病院・医院・クリニック等を記入してください												
	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）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、坂東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に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 ※被保険者の氏名を記入してください（代筆可）

認 定 調 査 立 会 い	※認定調査の際に立会いされるかたを記入してください。			※ サービス利用状況を記入してください。			※ 市記載欄				
	氏名				現在利用されているサービスの種類と利用曜日をご記入ください。			調査日： 年 月 日（ ）			
	本人との関係							時間：			
	日中の連絡先						調査員：				
							場所：				