

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

茨城県取手市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 8 年 4 月 1 日

介護保険 被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
医療保険 被保険者 記号・番号	記号	番号	0123456789
フリガナ	トリゲ タロウ	生年月日	昭和 35年 4月 1日
氏名	取手 太郎	性別	男
住所	〒302-8585 取手市寺田5139番地 電話番号 0297-74-2141		
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	新規申請の場合、記入は必要ありません。 有効期限 年 月 日 から 年 月 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 年 月 日	
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 年 月 日 ~ 年 月 日	
	介護保険施設等の名称等・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 令和8年 3月 15日 ~ 年 月 日	
医療機関等の名称等	現在ご入院中の方は、病棟と何階に入院されているか、 ご記入ください。 年 月 日 ~ 年 月 日		
出代行者 住所	ご家族からの申請の場合、記入は必要ありません。 電話番号		

どちらかに〇を
つけてください。

主治医	主治医の氏名	取手 一郎	医療機関名	取手病院
	所在地	〒300-1512 取手市藤代700 電話番号 0297-74-2141		

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 65歳以上の方の申請の場合、記入は必要ありません。

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と調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、取手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、取手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若しくは地域密着型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者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従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由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 取手 太郎

*介護認定申請時、下記にご記入の上窓口に提出してください。

1. 窓口においでになった方又はご記入の方のお名前をお書きください。

申請者	氏名	続柄	住所	電話
	取手 花子	妻	〒302-5139 取手市寺田5139番地	0297-74-2141

2. 認定調査について

認定調査はご家族の立会いをお願いしております。

立会いの有無 <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 (どちらかに○をつけてください)				
立会者	フリガナ	トリデ ジロウ	本人との関係	二男
	氏名	取手 二郎	電話 携帯電話	090-1234-5678

ご本人の住所地以外での調査をご希望の方は、以下の欄にご記入ください。

住所地以外の調査場所	別の家族の家	続柄 _____ 氏名 _____ 様方 〒 _____ 住所 _____ 電話 _____
	病院又は施設に入所中	病院又は施設名 _____ 取手病院 南棟4階 住所 _____ 取手市藤代700番地

3. 認定結果通知送付先について

大切な書類ですので確実に受取のできる送付先をご記入ください。

希望送付場所に○をつけてください 本人の住所地に送付 ・ ケアマネジャー受取 ・ <input checked="" type="radio"/> 別住所地に送付	
別住所地	住所 〒 123 — 4567 A県 B市 C町123-4 続柄 _____ 二男 _____ 取手 二郎 様方 電話 090 — 1234 — 5678

～以下ケアマネジャー使用欄～

通所訪問	月	火	水	木	金	土	日	駐車場所
CM立会	有 ・ 無							
委託	可 ・ 否							
その他のサービス備考								