

介護保険[要介護認定・要支援認定]申請書

入力	納付	証回収	問診票	受付者
認定調査： <input type="checkbox"/> 代行者 <input type="checkbox"/> 平塚市				
<input type="checkbox"/> 他事業者へ委託可()				



新規 更新 転入 月 日() 時 分
調査員：

(提出先) 変更 (要支援認定の要介護新規申請を含む) 立 会：
平塚市長
次のとおり申請します。変更理由：.....

被保険者番号							申請年月日	令和	年	月	日	
被 保 険 者	フリガナ						生年月日	明 大 昭	年	月	日	
	氏名	男・女										年齢
	住所	〒					電話番号	()				
	現在の居所 ※入院・入所などで居所が上記住所と異なる場合に記入	入院・入所施設名 及び認定調査先						退院・退所予定日	令和	年	月	日
		所在地	〒					電話番号	()			
前回の要介護認定の結果等 ※初めて認定を受ける場合記入不要	要介護区分	1	2	3	4	5	要支援区分	1	2			
	有効期間	年 月 日 から						年 月 日 まで				

申請者 本人 家族等 代行者 R1.5

代行者は [地域包括支援センター(よろず相談)・居宅介護支援事業者・該当に○ 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] 氏名(名称) 住 所 電話番号 () 被保険者との関係 担当者名	私は、左記の者に申請手続を委任します。 本人氏名 _____ ※代筆の場合は 代筆者氏名 _____ (関係) ※代筆は親族又は成年後見人のみ
---	--

連絡者氏名 (調査日の調整など)	電話番号 ()	被保険者との関係
---------------------	----------	----------

主治医	医療機関名				最終受診月	年	月
	診療科・医師名	科	先生		次回受診月	令和	年 月
	〒				電話番号	()	

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入。<医療保険証のコピーは必ず添付>

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

《個人番号記入欄・記入のしかたは裏面をご覧ください。》

【個人番号記入欄】

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【市記入欄】

代理権の確認		<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 法定代理人（戸籍謄本等）	<input type="checkbox"/> 任意代理人（委任状）
		<input type="checkbox"/> 結果通知書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
身元確認書 類	個人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券
		<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 身元確認書類無し	<input type="checkbox"/> その他（ ）
	法人	<input type="checkbox"/> 介護保険指定通知書及び利用者との契約書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	その他	<input type="checkbox"/> 官公署から発行された書類その他これに類する書類 2点以上 (公的医療保険の被保険者証等の氏名、生年月日又は住所、が記載されたもの)		

記入のしかた

- **申請区分**
新規、更新、変更、転入のうち該当する区分に☑（レ点）を記入してください。変更の場合は、変更理由を具体的に記入してください。
- **被保険者番号**
介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記入してください。
- **生年月日**
生年月日と申請日現在の年齢を記入してください。
- **住所・電話番号**
被保険者本人が住民登録している住所と電話番号を記入してください。
- **現在の居所**
入院や入所などにより、本人の居所が住民登録地と異なる場合は、その施設等の名称・所在地・電話番号を記入してください。
また、退院・退所の予定が決まっている場合は、その予定日も記入してください。
- **前回の要介護認定の結果**
「新規」「転入」以外の方は、介護保険被保険者証に記載されている現在の要介護状態区分と認定の有効期間を記入してください。
- **申請者**
本人、家族等、代行者のうち該当する区分に☑（レ点）を記入してください。
本人以外による提出の場合は、氏名（名称）・住所・電話番号・被保険者との関係・**担当者名**を記入してください。なお、家族等の場合は、被保険者本人から家族などの代理人による申請を了承する意味で、署名をもらってください。また、代行者（居宅介護支援事業者等）の場合は、被保険者本人の署名が必要になります（署名のないものは受け付けられません）。代筆の場合は、代筆者の氏名を記入してください（**代筆は親族又は成年後見人のみ**）。
- **主治医**
普段から受診をしており、本人の身体や精神の状況をよく理解している医療機関名等1箇所を記入してください（入院中の方は、ご相談ください）。また、最終受診月及び次回受診月も記入してください（入院・入所中の方は不要）。
申請日以降受診予定がないときや、しばらく受診していないときなどは、あらためて受診していただく場合がありますのでご承知おきください。
- **医療保険者名・被保険者記号番号・特定疾病名**
40歳から64歳までの方は、特定疾病（後述一覧参照）により介護が必要な場合のみ、要介護等認定の申請をすることができます。
当該疾病名や医療保険者名等を記入し、医療保険の被保険者証を添付して申請してください。

《特定疾病一覧》

- | | | |
|--------------|-----------------------|------------|
| ・後縦靭帯骨化症 | ・糖尿病性神経障害、 | ・がん末期 |
| ・骨折を伴う骨粗しょう症 | ・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 | ・脊柱管狭窄症 |
| ・初老期における認知症 | ・進行性核上性麻痺、 | ・関節リウマチ |
| ・脳血管疾患 | ・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | ・早老症 |
| ・慢性閉塞性肺疾患 | ・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う | ・筋萎縮性側索硬化症 |
| ・閉塞性動脈硬化症 | 変形性関節症 | ・多系統萎縮症 |
| ・脊髄小脳変性症 | | |

○ **申請書の提出先**

申請書は、介護保険被保険者証を添付して介護保険課へ提出してください。

問い合わせ先

平塚市福祉部介護保険課 介護認定担当

〒254-8686 平塚市浅間町9番1号

電話 0463(23)1111(代) 内線 2153、2160、2532、2637