

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。》

