

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： ☐ 代行者 ☐ 平塚市				
☐ 他事業者へ委託可 ()				

(提出先)
平塚市長
次のとおり申請します。

☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 転入

☐ 変更 (要支援認定の要介護新規申請を含む)
→ ☐ 改善 ☐ 悪化

月 日 () 時 分

調査員：
立会希望：有 ()
無

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 歳
	住 所	〒 電話番号 ()									駐車場： ☐ 有 ☐ 無	
	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 R6.12

提出代行者は [地域包括支援センター(よろず相談)・指定居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院] 該当に○ 氏名 (名称) 住 所 電 話 番 号 () (平日の日中に連絡が取れる番号) 被保険者との関係 担当者名	私は、左記の者に申請手を委任します。 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
調査日の日程調整先 (平日の日中に連絡が取れる連絡先を記入)	(入院・入所中の場合) ☐ 入院・入所先と調整 (決定した日時の連絡 ☐ 要 ☐ 不要) 氏名 _____ 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。＜資格情報のお知らせ等のコピーを添付＞

医療保険者名		医療保険者番号	
特定疾病名		資格取得年月日	

《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												
医療 保険	保険者名						保険者番号					
	被保険者 記号・番号	記号			番号				枝番			

代理権の確認		☐ 介護保険証 ☐ 法定代理人（戸籍謄本等） ☐ 任意代理人（委任状） ☐ 結果通知書 ☐ その他（ ）
身元確認 書類	個人	☐ 介護支援専門員証 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 身元確認書類無し ☐ その他（ ）
	法人	☐ 介護保険指定通知書及び利用者との契約書 ☐ その他（ ）

- **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、改善又は悪化に☐レ（レ点）を記入したうえで、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** ※代行者が調査する場合も記入
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。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。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。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、「資格情報のお知らせ」や「資格確認書」等を添付して申請してください。

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

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。

電話 0463 (71) 5237 (直通)