

介護保険

新規申請・更新申請  
要介護変更申請・要支援変更申請  
新規扱い介護申請（支援⇔介護を求める）  
（該当に○）

認定申請書

記入・提出時の注意事項

宝塚市長様  
次のとおり申請します

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

被 保 険 者	被保険者 番号									申請年月日	令和 西暦	年	月	日	
	フリガナ									生年月日	明治・大正 昭和・西暦	年	月	日	
	氏名									性別	男・女				
	住所	〒	住民票の住所							(マンション・建物名) 電話番号					
	前回認定の 結果がある 場合	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 経過的要介護 要支援1 要支援2 (該当に○) 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
14日以内に 他自治体から 転入した場合	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。 はい・いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日														

提 出 者	名称 (氏名)	申請書を提出される家族・事業所の 名前・住所・電話番号											
	住所	〒										電話番号	

本 人 の 状 況	・在宅 ・入院 ・入所 (該当に○)	(施設名：入院・入所のみ) 〒	住民票の住所以外の本人所在地(認定調査場所)							※退院予定日		
	認定調査時の同席希望 有・無 (該当に○、有の場合は下記も記入) (同席者 認定調査に同席される方の連絡先等について (続柄等) (電話番号等)											

備 考	※連絡の付く時間帯、区分変更理由などを記入 備考欄には新規・区分変更申請の理由や、現在利用中の介護保険サー ビスの有無、認定調査希望日時(土日祝日除く)等をご記入ください												
--------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

主 治 医	医療機関名	病院名・所在地					主治医の氏名	フルネームで記入				
	所在地	〒										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

医療保険者名	2号被保険者は該当する特定疾病名を記入し、健康保険被保険者証の写しを添付してください											
特定疾病名												

査 事 員	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 治医意見書を、宝塚市から地域包括支援センター、居宅介護支援 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												
	担当ケアマネジャーが代行申請する予定で、介護 保険被保険者証を紛失している場合は、申請前 にご本人様もしくはご家族様から介護保険課認定係 (電話0797-77-2038)までご連絡く ださい。										本人氏名	代筆可	
処 理 欄	コピー済・証確認 担当( )			担当( ) 郵送・手渡し( )			紛失 後日郵送 その他			公社 社協 シニア せいれい 市 公社新		本人確認資料 健康保険証 ( )	