【申請区分　該当に〇】

新規申請　・　新規扱い介護申請（支援⇔介護を

記入・提出時の注意事項

介護保険　　要介護変更申請　・　要支援変更申請　・　更新申請　　認定申請書

宝塚市長様

次のとおり申請します

個人番号												

被保険者	介護保険被保険者番号		申請年月日	令和　　年　月　日 西暦
	フリガナ		生年月日	明治・大正　　年　月　日 昭和・西暦
	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（該当に〇）		
		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** **（提出者が被保険者本人の場合は【同上】と記入）**
	住　所	〒 電話番号

本人の状況	・在宅 ・入院 ・入所 （該当に〇）	（施設名：入院・入所の　〒 **住民票の住所以外の本人所在地（認定調査場所）** **例）〇〇病院、特別養護老人ホーム△△　など** 電話番号	※退院予定日
	認定調査時の同席希望　　有　・　無　（該当に〇、有の場合は下記も記入）		
	（同席者氏名）	（本人との関係・続柄等）	（電話番号等）
備考	※連絡の付く時間帯、新規・区分変更申請理由、利用中の介護保険サービスなどをご記入ください。 **認定調査に同席される方の連絡先**		

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		

医療保険	保険者名		医療保険者番号
	被保険者証		
	※第２号被保険者 （40歳から64歳の医療保険加入者）		特定疾病名

・１号被保険者（65歳以上の方）は加入している医療保険情報をご記入ください（特定疾病名は不要）

・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等の写しを添付してください

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査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、宝塚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　報を、宝塚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　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　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　含む。）ことに同意します。

本人氏名

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）まで被保険者証なしで申請する旨をご連絡ください。

処理欄			被保険者証	調査機関	本人確認資料
	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	健康保険証 （　　）