

申請入力	資格者証	調査票	意見書	納付

介護保険 要介護（要支援）認定【新規・更新・変更】申請書

新宮市長あて 次のとおり申請します。

窓口に来た人(申請人)

氏名・事業所名	(家族らは続柄、事業所は担当者名を記入)							
住所	※被保険者本人申請と市内事業所申請の場合は省略可							
	電話番号							

介護を希望する人(被保険者)

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険 被保険者番号									マイナンバー (個人番号)									
フリガナ									医療 保険	保険者名								
氏名										保険者番号								
住所 (住民票住所)	〒									記号								
生年月日	明治 · 大正 · 昭和 年 月 日	性別	男 · 女	電話番号														
現在の要介護等 状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日														
現在の 入所(院)状況	施設 名称	入所 期間			年 月 日 ~ 年 月 日				退所 予定日									
2週間以内のけが・病気 (入院中の方は入院理由)					特定 疾病名	※40歳から64歳の方のみ												
申請理由	※更新申請の場合、空白でも可																	

主治医意見書を依頼する医師

医療機関名				医師名				
所在地	〒			※遠方(熊野市～串本町より遠い)の場合のみ記入				
受診状況	定期受診中(回／日) · 不定期 · 入院中			最近の受診日・予定日		月 日		

認定調査の場所など

※調査場所について、住民票の住所と同じ場合は「自宅」と記入

調査の場所 ・住所	立会い	有 無	家族()・ケアマネジャー() 施設職員・他()	(名前)
日程調整を 行う人	本人・家族()・ケアマネジャー()・施設職員()・他()			
	日中に連絡がとれる電話番号 ①			②

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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、新宮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者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、新宮市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、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ビス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、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(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合も含む。)ことに同意します。

本人氏名	代筆者氏名	(関係:)
------	-------	--------

委任状

新宮市長 あて

代理人 住所

代理人 氏名

上記の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。

記

委任事項

1. 介護保険要介護(要支援)認定【新規・更新・変更】申請

令和 年 月 日

委任者住所

委任者氏名

印

※上記委任状は、申請者ご本人が、ご記入下さい。