

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	山下 和歌子		(家族らは続柄、事業所は担当者名を記入)	
住所	〒 新宮市春日1-1		長女	※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	23-3333		

## 介護を希望する人（被保険者）

介護保険被保険者番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●										マイナンバー(個人番号) 0000000000000000			
フリガナ	しんぐう たろう										医療保険	保険者名		
氏名	新宮 太郎											保険者番号		
住所(住民票住所)	〒 同上											記号		
生年月日	明治・大正・昭和 25年 10月 1日	性別	男	女	電話番号	同上								
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 年	月 月	日～日								
現在の入所(院)状況	施設名称	000病院	入所期間	令和8年1月10日～ 年 月 日	退所予定日	2週間後								
2週間以内のけが・病気(入院中の方は入院理由)	1月10日に腰椎圧迫骨折し、同日入院。					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 <b>退院後にヘルパーを利用したいため。掃除、調理補助希望。</b>													

## 主治医意見書を依頼する医師

医療機関名	000病院		医師名	■ ■ ■ 医師	
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	000病院 000号室 退院後は自宅	立会い	有 無	家族(妻) アマネジャー(名前) 施設職員・他( )	新宮 花子
日程調整を行う人	本人・家族(妻) 日中に連絡がとれる電話番号 ① 090-▲▲▲-▲▲▲	・ケアマネジャー( ) · 施設職員( ) · 他( ) 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	新宮 太郎	代筆者氏名	山下 和歌子 (関係: 長女)
------	-------	-------	-----------------