

申請入力	資格者証	調査票	意見書	納付	連絡先

代理権確認	本人 代理人	確 認

受理欄

新宮市長あて 次のとおり申請します。

該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)

氏名・ 事業所名	（家族らは続柄、事業所は担当者名を記入） 新宮 和歌子 長女	
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 新宮市春日1-1	電話番号 23-3333

申請年月日 令和 4 年 4 月 10 日

介護保険 被保険者番号											マイナンバー (個人番号)													
ふりがな	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											被保険 者証	記号											
													番号											
	枝番																							
生年月日	明治・大正・昭和 20 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 月 日～ 年 月 日											
現在の入所(院) 状況	施設 名称	〇〇〇病院					入所 期間	令和 4 年 4 月 1 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)		10日前に腰椎圧迫骨折のため入院。							特定 疾病名		※40歳から64歳の方													
申請理由		※更新申請の場合、空白でも可 退院後にヘルパーを利用したいため。掃除、調理補助希望。																						

医療機関名	〇〇〇病院	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

※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	〇〇〇病院 ●●●号室 退院後は自宅	立会い	有 無	家族(妻) ケアマネジャー 施設職員・他()	(名前) 新宮 花子
日程調整を 行う人	本人・家族(妻)・ケアマネジャー()・施設職員()・他()				
	連絡手段(日中に連絡がとれる電話番号)	①	090-▲▲▲▲-▲▲▲▲		②

※左記をお読み頂いた上、必ずご署名ください

介護サービス計画・介護予防サービス計画を作成する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、 介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。	被保険者署名	新宮 太郎
	代理記入者署名	新宮 和歌子