

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

# 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)		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	<b>新宮 和歌子</b>		(家族らは続柄、事業所は担当者名を記入) <b>長女</b>
住所	〒 <b>新宮市春日1-1</b>	電話番号	<b>23-3333</b>

介護を希望する人(被保険者)		申請年月日 <b>令和 4 年 4 月 10 日</b>	
介護保険被保険者番号	●●●●●●●●●●	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○
ふりがな	<b>しんぐう たろう</b>	医療保険	保険者名
氏名	<b>新宮 太郎</b>		保険者番号
住所(住民票住所)	〒 <b>同上</b>		被保険者証 記号 番号 枝番
生年月日	明治・大正・ <b>昭和</b> <b>20</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日	性別	<b>男</b> ・女
現在の要介護等状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	電話番号	<b>同上</b>
現在の要介護等状態区分		有効期間	年 月 日～ 年 月 日
現在の入所(院)状況	施設名称 <b>○○○病院</b>	入所期間	<b>令和 4 年 4 月 1 日</b> ～ 年 月 日
2週間以内のけが・病氣(入院中の方は入院理由)	<b>10日前に腰椎圧迫骨折のため入院。</b>		退所予定日 <b>2週間後</b>
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>		

主治医意見を依頼する医師	
医療機関名	<b>○○○病院</b> 医師名 <b>■■■■医師</b>
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・ <b>入院中</b> 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	<b>○○○病院 ●●●号室</b>	立会い	<b>有</b> 家族( <b>妻</b> )ケアマネジャー(名前) <b>新宮 花子</b>
日程調整を行う人	本人・ <b>家族(妻)</b> ・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 <b>090-▲▲▲▲-▲▲▲▲</b> ②

個人情報取り扱いの同意		※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	<b>新宮 太郎</b>
		代理記入者署名	<b>新宮 和歌子</b>