介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

新潟市長

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		
	医療保険	保険者名		保険者番号	
		被保険者記号・番号	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日		
	氏名		性別		
	住所	〒 電話番号			
	前回の要介護認定の結果等	＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間　　　　から		
		＊１４日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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		
	介護保険施設入院・入所の有無（短期入所を除く）	有	入院・入所施設名		
			所在地		
		無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名		
			所在地		

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	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・介護医療院）		
申請者住所	〒 電話番号		

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

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、私の被保険者台帳、受給者台帳及び要介護認定・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、新潟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、新潟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（地域支援事業等として介護情報基盤経由等により電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。更新申請の場合で、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができるとき、申請の日から３０日を超えて処分を行う場合であっても認定の延期に係る通知を省略することに同意します。

本人氏名