

様式第5号（第6条関係）

介護保険（要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

新郷村長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号				個人番号				
	医療 保 険	保険者名			保険者番号				
		被保険者証		記号	番号		枝番		
	フリガナ				生年月日		明・大・昭	年 月 日	
	氏 名				性 別		男 ・ 女		
	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		要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援状態区分 1 2	
					有効期間		年 月 日 から		年 月 日
			※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入		転出元市町村名() 現在、転出元市町村に要介護・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				
過去6月間の介 護保険施設医療 機関等入院、入 所の有無		介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日			
		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日			
		有 ・ 無							

申 請 者	氏名							
	住所	〒						
		電話番号						
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)						
	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				

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名							
-------	--	--	--	--	--	--	--

○ 介護サービス計画又は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、及び主治医意見書を、新郷村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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は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。

○更新申請に係る要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人氏名

★現在受けているサービス・利用曜日・通院の情報・受診曜日等			
訪問介護		訪問看護	
訪問入浴介護		通所介護	
通所リハビリテーション		短期入所療養介護	
短期入所生活介護		福祉用具貸与	
居宅療養管理指導		住宅改修	
福祉用具購入		その他（通院日等）	

※村記入欄（以下は記入しないでください）

1、本人申請

個人番号確認（いずれか1つ）	本人確認	
1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 住民票 4. その他（ ）	1つ （顔写真有）	1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. パスポート 4. 障害者手帳 5. その他（ ）
	2つ （顔写真無）	1. 年金手帳 2. 医療保険証 3. その他（ ）

2、代理人申請

個人番号確認 （いずれか1つ）	代理権確認 （いずれか1つ）	代理人身元確認 窓口に来た人の	
介護サービスを受けている人の 1. 個人番号カード 2. 通知カード 3. 住民票 4. その他（ ）	介護サービスを受けている人の 1. 介護保険被保険者証 2. 負担割合証 3. 負担限度額認定証 4. 障害者手帳 5. 医療保険証 6. その他（ ）	1つ （顔写真有）	1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. パスポート 4. 介護支援専門員証 5. 障害者手帳 6. その他（ ）
		2つ （顔写真無）	1. 年金手帳 2. 医療保険証 3. その他（ ）

受付：_____