

# 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  
区分変更

窓口に提出される日付をご記入ください。

(宛先) 新潟県見附市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○○年○○月○○日

被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	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	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒95 見附		
	前回の要介護認定の結果等	※要支援更新認定の場合のみ記入	有効期限 令和7年5月1日 から 令和8年5月31日	
		※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。 (既に認定結果通知書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 ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 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(短期入所を除く)	介護保険施設の名称等・所在地	特別養護老人ホーム○○園 (施設名)	期間 ○年 ○月○日～ 年 月 日	
	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	○○病院	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	

医療保険情報を記入してください

※後期高齢者医療保険、国民健康保険以外の医療保険に加入の方は医療保険情報のわかるもの(写し)「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」の資格画面の写しなどのコピーを添付してください。

有

有の場合は施設名または病院名を記入してください。転院予定があれば転院先も記入してください

申請者	見附 花子	被保険者との関係	長男の妻
申請者住所	〒954-00 見附市学校町2-13-30 申請に来られる方の氏名、連絡先、続柄をご記入ください 電話番号 ( 61 ) 1350		
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)		

主治医	主治医の氏名	□□先生	医療機関名	○○病院
	所在地	かかりつけ医を記入してください。入院されている場合は、入院先の病院になります 電話番号		

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	※64歳以下の方のみ記入
-------	--------------

※64歳以下の方は医療保険情報のわかるもの(写し)「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」の資格画面の写しなどのコピーを添付してください。

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  
認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、見附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者が取得した心身の状況等の情報を、見附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を含む。)ことに同意します。

上記をよくお読みの上、介護認定を受けたい方の氏名を記入してください

本人氏名 見附 太郎