

302101

高齢者福祉サービス申請書（要介護者支援）

（宛先）新潟市長

次のとおり申請します。

申請日 4:平成 年 月 日
5:令和

台帳作成	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新
------	-----------------------------	-----------------------------

フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日
本人又は申請代理人氏名（自署）				本人との関係				
申請代理人住所	〒			電話番号				

* 申請者が被保険者本人の場合は、本人の氏名のみ記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	<input type="text"/>	個人番号	<input type="text"/>
	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	住所	〒		

申請するサービスおよび該当する項目の□にレ印をつけてください。

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①介護サービス利用支援給付費 | <input type="checkbox"/> ②紙おむつ | <input type="checkbox"/> ③寝具乾燥 | <input type="checkbox"/> ④訪問理美容 |
| [対象] | [対象] | [対象] | [対象] |
| 要介護度3～5 | 要介護度1～5 常時おむつ必要 | 要支援以上 | 要支援2以上の方 |
| 保険料段階1～3 | 保険料段階 高齢者1～5 | 寝たきり度B～Cの方 | |
| 同居家族がいる方 | 障がい・難病制度の該当者 | | |

○（介護サービス利用支援給付費）介護者情報 [新規又は変更有 前回と同じ介護者（口座）なので変更ありません]

介 護 者	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名				本人との関係				
	住所	〒			電話番号				
	振込口座	※		信組・農協 銀行・信金	本店	種目	普通	口座	<input type="text"/>
				支店		当座	番号	<input type="text"/>	

※ご本人名義の口座は利用できません。

- 私（対象者）の被保険者台帳及び受給者台帳・高齢者サービス受給者台帳を下記の事業者・市の関係機関が閲覧すること
- 審査の際、介護保険料台帳及び私の世帯の住民登録資料、税務資料を市の関係機関の職員が閲覧すること
- 紙おむつ支給事業・寝具乾燥事業実施の際、実施事業者が高齢者サービス受給者台帳を閲覧すること
- 上記サービスの更新申請案内については、介護認定の更新案内とともに事業者より受けること
- 紙おむつ支給認定者について、ごみ処理手数料の免除（ごみ袋無償配布）のため、市の関係機関に情報を提供すること
上記1～5に同意します。

本人又は申請代理人氏名（自署）

事業者記入欄

市事業者コード	<input type="text"/>	県指定事業所番号	<input type="text"/>
事業者名 所在地・連絡先	〒		電話番号