

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

※連絡票と一緒に提出をお願いします。

申請年月日 ① ●●年●●月●●日

(宛先) 奈良市長 □新規 □更新 □区! ② 転入継続 (14日以内)

③ 住所 △△△ - △△△△ 奈良市〇〇〇1丁目1番1号	事業者番号 <input type="checkbox"/> 1 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 2 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 3 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 4 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 5 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 6 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院
申請者 氏名 奈良 太郎 本人との続柄 本人 電話(0742) 〇〇 - 〇〇〇〇	提出代行者 電話() - (事業所印)

④ 被保険者番号 0001234567	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ ナラ タロウ	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇歳)
氏名 奈良 太郎	⑤ 別 男・女 電話 (0742) 〇〇 - 〇〇〇〇

⑥ 住所 下 △△△ - △△△△ 奈良市〇〇〇1丁目1番1号	前回の要介護認定結果等 認定区分 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日
⑦ 転入者のみ記入 転出元自治体名 〇〇市 ●●年●●月●●日から ●●●年●●月●●日 転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい()年 月 日) いいえ(認定結果通知受領済含む。)	変更申請理由 1. 状態の悪化 2. 状態の改善 3. その他()

主治医 (かかりつけ医)	医療機関	診療科目	医師名
	医療機関所在地	電話() -	□入院中 最終受診日 年 月 日頃(3か月以内が目安) 次回受診日 年 月 日頃

■入院中の場合、「適切な認定調査が行えない」「主治医意見書の作成が難しい」等の可能性があるため、申請時期については必ず介護福祉課へ相談してください。

■定期的な受診がない場合、医療機関から「主治医意見書の作成が難しい」等の連絡が入り介護福祉課から申請者へ確認することがあります。また、主治医意見書の入手状況によっては、介護認定結果通知を送付するまでに時間を要する場合がありますのでご注意ください。

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入※医療保険者証等を提示してください。

医療保険者名	⑧	医療保険被保険者証記号番号	記号	番号
特定疾病名				

①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、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、奈良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若しくは介護保険施設の関係者、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。

②認定更新申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば認定延期通知の省略に同意します。

同意欄

被保険者氏名自署	代筆者氏名	(続柄)
----------	-------	------

※市処理欄	資料交付	入力	受付
	確認 区分 本人・委任状:() 番号 個人番号カード・住民票(番号有)・端末		
	申請者 番号カード・運転免許証・介護支援専門員・被保険者証(介護・医療)・その他()		

転入継続 の方の 記入方法

転入継続 の方は、
①～⑦ 枠内のみ、黒ボールペンで記入してください。
(インクの消えるボールペンでの記入は受付できませんので、ご注意ください。)
パソコン等で出力していただいても構いません。

※第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方は、⑧もご記入ください。

- 申請書を提出する日を記入してください。
- 申請の区分 転入継続 にチェックをいれてください。
- 申請者の住所、氏名、本人(被保険者)との続柄、電話番号を記入してください。
※被保険者本人、ご家族が代理で申請される場合でも、必ず記入してください。
※申請受付の後、申請の内容等についてご連絡させていただくことがあります。
必ず日中に連絡のつく電話番号を記入してください。
- 被保険者本人のフリガナ、氏名を記載してください。
- 被保険者本人の生年月日・年齢・性別・電話番号を記入してください。
- 被保険者本人の住所(住民登録地)を記載してください。
- 転出元自治体名、引き継ぐ介護度の有効期間、転出元自治体での申請の有無を記入してください。
※転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中の場合は「はい」を○で囲み、申請日を記入してください。
- 第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方は、必ず枠内全ての必要事項を記載してください。
※申請の際にご加入の医療保険被保険者証を提示してください。(コピーでも可)

■ お問い合わせ先 ■
奈良市 介護福祉課
〒630-8580 奈良市二条大路南1丁目1番1号
電話 0742-34-5422 FAX 0742-34-2621