別記　第１号様式（第７条関係）

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	年　月　日

（宛先）奈良市長　　□新規　□更新

次のとおり、（要介護認定・要支援認定）を申請します。□区分変更　□転入継続（１４日以内）

申請者	住　所 〒　　－		
	氏　名	本人との続柄	
	電話（　　）　　－		

提出代行者	事業者番号	
	□１地域包括支援センター □２居宅介護支援事業所 □３指定介護老人福祉施設 □４介護老人保健施設	□５地域密着型介護老人福祉施設 □６介護医療院
	電話（　　）　　－	

被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号		
	医療保険	保険者名称		保険者番号		
		被保険者	記号	番号	枝番	
	フリガナ		生年月日	年　月　日（　歳）		
	氏名		性別	男　・　女		
			電話	（　　）　－		
	住所	〒　　－				
	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			
	転入者のみ記入	転出元自治体名	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」の場合は申請年月日を記入）	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場合がありますのでご了承ください。

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。

特定疾病名	

※同意しない場合は✖を付けて下さい。

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。

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（　　）			