

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					② ☒ 新規 ☐ 区分変更 ☐ 転入継続 (14日以内)				
次のとおり、(要介護認定・要支援認定)を申請します。					事業者番号				
③ 住所 △△△ - △△△△ 奈良市○○○1丁目1番1号					☐ 1 地域包括支援センター ☐ 5 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ 2 居宅介護支援事業所 ☐ 6 介護医療院 ☐ 3 指定介護老人福祉施設 ☐ 4 介護老人保健施設				
氏名 奈良 太郎 本人との続柄 本人					提出代行 ⑦				
電話(0742) ○○ - ○○○○					電話() -				
④ 介護保険 被保険者番号					⑤ 個人番号				
⑥ 医療保険 被保険者 記号 番号 校番									
フリガナ ナラ タロウ					生年月日 昭和○○年○○月○○日(○○歳)				
⑦ 氏名 奈良 太郎					⑧ 性別 男・女				
住所 〒△△△ - △△△△ 奈良市○○○1丁目1番1号					電話 (0742) ○○ - ○○○○				
⑨ 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				
⑩ 転入者のみ記入					転出元自治体名 転出元自治体()				
⑪ 変更申請理由 1. 状態の悪化 2. 状態の改善 3. その他()									
⑫ 主治医(かかりつけ医)					診療科目 医師名				
医療機関 所在地					電話() -				
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				
■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連絡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 ⑬									
※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、主治医意見書、受給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1身の状態等の情報を、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、地域密着型、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者、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。)と同意します。 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 ⑮ 奈良 太郎					代筆者氏(続柄) ⑯				
※					資料交付 入力 受付				
⑮ 同意について、被保険者本人が氏名を記入してください。 ⑯ ⑮について本人が自署できない場合は、⑯代筆者が本人氏名を⑮に代筆し、⑯の欄に代筆者の氏名と続柄を記入してください。 ※必ず署名してください。ゴム印等の使用・パソコン等での印字は不可です。									

新規・更新・区分変更申請 の方の 記入方法

※「認定調査対象者連絡票」と一緒に提出をお願いいたします。

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。)⑮⑯の同意欄氏名の記入を除いて、
パソコン等で出力していただいてもかまいません。

- ① 申請書を提出する日を記入してください。
- ② 申請の区分(新規・更新・区分変更)いずれかにチェックをいれてください。
- ③ 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。
- ④ 「介護保険被保険者証(水色)」に記載の被保険者番号(0から始まる10ケタ)を記載してください。
- ⑤ 個人番号(マイナンバー)を記入した場合は、各種書類による確認が必要です。
被保険者本人および代理人以外の方は、記入しないでください。
※番号がわからない等で記載のない場合でも、申請することができます。
- ⑥ ご加入の医療保険の内容をご記載ください。
※第1号被保険者で奈良市国民健康保険および奈良県後期高齢者医療保険加入者である場合は、記載を省略することができます。
※社会保険等加入者、第2号被保険者の方は記載してください。
- ⑦ 被保険者本人のフリガナ、氏名を記載してください。
- ⑧ 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。
- ⑨ 被保険者本人の住所(住民登録地)を記載してください。
- ⑩ 申請時に介護度をお持ちの方は、「介護保険被保険者証」を見て、必要事項を記入してください。
- ⑪ 区分変更申請の場合のみ、選択してください。

- ⑫ 主治医(かかりつけ医)の必要事項を記入してください。
※申請時の被保険者の状況を把握し、介護保険の主治医意見書を記載いただける医師を記載してください。
※入院中の場合は、枠内右下の □入院中 にチェックをいれてください。
■入院中の場合、■定期的な受診がない場合について、点線枠内をご確認ください。

- ⑬ 第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方は、該当する「特定疾病名」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)

- ⑭ 枠内①および②の事について同意しない場合は、①②に×を記入してください。

- ⑰ 提出代行者が申請する際は、必要事項を記入してください。

■ 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