

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 □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。 ②					事業番号				
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 本人				
電話(0742) ○○ - ○○○○					電話() -				
介護保険 被保険者番号					個人番号				
④ 医療保険 被保険者番号					保険者番号				
被保険者 記号					番号				
フリガナ ナラ タロウ					生年月日 昭和○○年○○月○○日(○○歳)				
⑤ 氏名 奈良 太郎					⑥ 性別 男 ・ 女				
電話 (0742) ○○ - ○○○○					電 話 (0742) ○○ - ○○○○				
⑦ 住所 奈良市○○○1丁目1番1号					認定区分 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2				
前回の要介護認定結果等					有効期間 年 月 日から 年 月 日				
⑧ 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 (年 月 日)				
(「はい」の場合は申請年月日を記入)					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)					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					⑨				
※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、奈良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人が取得した心身の状況等の情報を、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。 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、

①～⑧ 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、⑨ 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。
- 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。
- 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、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)

■ 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