

送信日：令和 年 月 日

宇都宮市 保健福祉部 高齢福祉課 認定審査グループ (Fax 028-632-3040) 宛

|  |         |
|--|---------|
| 事業者名・担当者名                                | 連絡先・Tel |
| 申請書の提出方法<br>1. 窓口で提出します      2. 郵送で提出します | 事業者住所 〒 |

### 介護保険要介護・要支援認定事前申請対象者名簿 (◆◆月初閉庁日用◆◆)

| 申請希望日：令和 年 月 1日 |          |                    |     |           |       |               |            |            |             |    |
|-----------------|----------|--------------------|-----|-----------|-------|---------------|------------|------------|-------------|----|
| No.             | 申請区分     | 被保険者番号<br>(2号)生年月日 | 氏 名 | 住所 (宇都宮市) | 医療機関名 | フリガナ<br>主治医氏名 | 2号該当<br>有無 | (2号) 特定疾病名 | (2号) 医療保険情報 | 備考 |
| 1               | 新規・変更・介護 |                    |     |           |       |               |            |            |             |    |
| 2               | 新規・変更・介護 |                    |     |           |       |               |            |            |             |    |
| 3               | 新規・変更・介護 |                    |     |           |       |               |            |            |             |    |
| 4               | 新規・変更・介護 |                    |     |           |       |               |            |            |             |    |
| 5               | 新規・変更・介護 |                    |     |           |       |               |            |            |             |    |
| 6               | 新規・変更・介護 |                    |     |           |       |               |            |            |             |    |

※ Fax送信後、主治医に変更があった場合は必ず[認定審査グループ]にご連絡ください。(Tel 028-632-2986~8)

※ 申請希望日の5開庁日前までに本名簿をFAX送信してください。