

宇者 **記載例** 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	居宅介護支援事業者 あさひほんまる・ 代行 花子	連絡先・Tel	028-000-0000
申請書の提出方法	1. 窓口で提出します <input checked="" type="checkbox"/> 2. 郵送で提出します <input type="checkbox"/>	事業者住所	〒0000-0000 宇都宮市0000

介護保険要介護・要支援認定事前申請対象者 申請日は、申請希望日である閉庁日の日付をご記載ください。

申請希望日：令和 年 月 1日

No.	申請区分	被保険者番号 (2号) 生年月日	氏 名	住所 (宇都宮市)	医療機関名	フリガナ 主治医氏名	2号該当 の有無	(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・									
3	新規・変更・									
4	新規・変更・介護									
5	新規・変更・介護									
6	新規									

被保険者番号を正確に記入してください。頭の「00」は不要です。新規申請の2号被保険者の方は生年月日を記入してください。

2号被保険者の場合は、「○」を記入してください。申請書に医療保険証の情報と特定疾病の記載をお願いします。また、申請書送付時に医療保険証のコピーの添付をお願いします。

※ F
※ 甲
必ず、申請者本人や関係者に、主治医名と医療機関名を確認し、フルネームで記入してください。ここの記入がない場合、申請は受付できません。
※医師名や医療機関名が類似している場合があります。誤記がありますと、主治医意見書記載の誤依頼の原因になりますので、正確に御記入をお願いします。正確な受付のために、主治医のフリガナについても記入してください。