

介護保険 要介護・要支援認定

新規申請・更新申請
変更申請・要支援者の新規申請

申請書

王寺町長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|-------------|----------------------------|-------|---|-------|------|-------------|--|--|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | 0000 | 個人番号 | | | | |
| | 医療 保 険 | 保険者名 | | 保険者番号 | | | | |
| | | 被保険者証 | | 記号 | 番号 | 枝番 | | |
| | フリガナ | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | |
| | 住 所 | | 〒 奈良県北葛城郡王寺町 | | | | | |
| | | | 電話番号 | | | | | |
| | 新規・更新の場合、前回の要 介護認定結果 | | 要介護 1 2 3 4 5 要支援1 要支援2 | | | | | |
| | 変更の場合、 現在の要介護状態 | | 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 | | | | | |
| | ※14日以内に他自治体から 転入した者のみ記入 | | 転出元自治体(市町村)名[] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 | | | | | |

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|--|--|
| 提 出 代 行 者 | 名 称 及 び 名 前 | ※該当に○(家族・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) | |
| | 住 所 | 〒 続柄: 電話番号 | |

| | | | | | | |
|-------------|--------|---|--|-------|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | | | 医療機関名 | | |
| | 所在地 | 〒 | | 電話番号 | | |

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

| | | |
|-------|--|--|
| 特定疾病名 | | |
|-------|--|--|

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王寺町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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師また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。

| | | |
|-------------|---------------|-----|
| 証 確 認 | 交付・窓口・郵送(/) | 担当者 |
| | <持って来た人の確認> | |
| 書類名: | | |

| |
|-------------|
| 本人氏名(被保険者名) |
|-------------|