王寺町

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。　　申請日　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者番号	0000		個人番号		
	医療保険 保険者名			保険者番号		
	医療保険 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				
	理　由（変更申請場合のみ記入）					
	介護保険施設入所の有無（短期入所を除く）	有・無	入所施設名			
			所在地			

提出代行者	名称及び名前	※該当に○（家族・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・指定介護療養型医療施設、介護医療院） 続柄：
	住　所	〒 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		

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

介護サービス計画を作成する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
	＜持つて来た人の確認＞ 書類名：	

本人氏名（被保険者名）