

市処理欄		
2号	事前	特

記入例

(めく元) 川口市 長

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

個人番号は、通知カードなどが提示できる場合のみご記入ください。

後期高齢者医療保険加入者は、記号に健康保険証記載の8桁の被保険者番号を記入し、保険者名に“後期高齢”と記入ください。
※番号・枝番は記入不要。

令和 月 日 申請

申請区分 **新規** ・ 区分 ・ 更新 ・ 転入

申請者(被保険者)	介護保険被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1
	医療保険記号	1234	番号	5678 枝番 01
	保険者名	川口市	保険者番号	11003100
	ふりがな	かわぐち たろう	明(天)昭	
	氏名	川口 太郎	生年月日	7年 11月 10日 (年齢 100 歳)
	住所	〒 332-8601 川口市青木2-1-1 市役所第一本庁舎2階	電話番号	048 (259) 7294
	区分変更の理由	① 状態の悪化のため ② 状態の改善のため (区分変更申請の場合に○してください。)		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	※転入申請時のみ記入	転出元市町村	転入申請の場合のみ、ご記入ください。	市町村で認定申請中【 はい ・ いいえ 】
主治医	医療機関名	○△病院	所在地	川口市 (市) ・ 区
			電話番号	048 (123) 4567

提出者が本人以外の場合のみ記入

提出(代行)者	提出者氏名	かわぐち はなこ 川口 花子	本人との関係	(妻)
	住所(事業者の場合は所在地)	〒 332-8601 川口市青木2-1-1 市役所第一本庁舎2階	電話番号	048 (259) 7294
	事業者名(事業者の場合のみ記入)	☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 介護保険施設(指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設等)		
	担当者氏名:			

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)は必ず記入

特定疾病名	該当する場合のみ、ご記入ください。
-------	-------------------

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、川口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、川口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。

(更新申請の場合のみ) 申請日から30日以内に認定がされない場合であっても、現在の有効期間内に認定がされるときは、川口市が通知を省略することに同意します。

本人氏名 川口 太郎

裏面も必ず
記入して
下さい

市窓口
担当者
サイン

--

身元確認チェック欄

☐ 代理権	☐ 本人身元
☐ 代理人身元	
☐ 本人番号	
☐ 職権記載	

市処理欄

未納 ・ 滞納

☐ あり
折衝者
()
☐ なし

受付
印

認定調査連絡票

認定調査を円滑に実施するために、下記枠内白地部分のご記入をお願い致します。
なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、川口市または市から委託した
事業所の認定調査員に対して提供し、後日「立会者」様宛てにご連絡を差し上げます。

★「更新」または「区分変更」のかた★
原則として、市から委託した
事業所より連絡をさせていただきます。

更新・区分変更のかた
のみご記入ください

前回の要介護・要支援
認定の結果

要支援

要介護

1

現在の
サービス利用

有

無

包括・居宅名	〇〇居宅	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
担当者名	×〇 △子	ふりがな	かわぐち たろう										年齢
		被保険者氏名	川口 太郎										100歳

申請の理由 (新規・区分変更の場合のみ 具体的に記入) * 更新は記入不要 *	きっかけ	☒ 怪我・病気	右足骨折	いつ頃から: 9/10
	困りごと	加齢・その他 () 買い物・掃除・通院・ベッド・車椅子・ ☒ 手すり ☒ ハビリ ☒ デイサービス・他 これからリハビリをするが、1か月後には自宅へ戻る。		

調査先 ※□にレ、 必要事項を 記入	☒ 自宅	住所	川口市青木2-1-1		
	【自宅以外】 ☐ 親族宅 ☐ 施設 ☐ 病院	所在地名称	〇△病院		東棟 3階 303号室
		住所	〇△市〇△町4-5-8		担当相談員 (介入があるかたのみ) [●●相談員]
	入院理由	☒ 骨折・検査・肺炎・手術 (/) その他 []	施設・病院 の連絡先	048 (000) 0000	入院 (所) 年月日
	転院・退院の予定 ※該当するものにレを ご記入下さい。	☐ な (転院・退院等の予定先をご記入ください) ☒ 未定 [10/9 頃 ☒ 自宅 ・ 病院 [] ☒ あり⇒			

立会者 ※□にレ、 必要事項を 記入	☐ 本人	ふりがな 氏名	かわぐち いちろう		本人との 続柄・関係	長男 ☒ 同居 ・ 別居
	☒ 家族等	川口 一郎				
	☐ その他 【立会う事の承諾】 ☒ 有 ☐ 無	連絡先①	※平日の日中に繋がる連絡先を記入してください。 ☒ 自宅 048 (259) 7294 ☐ 携帯 ☐ 勤務先		連絡を取りやすい時間帯 ☒ 午前 ☐ 午後 ☐ その他 (具体的に) ()	
	連絡先②	※平日の日中に繋がる連絡先を記入してください。 ☐ 自宅 ☒ 携帯 090 (0000) 0000 ☐ 勤務先		連絡を取りやすい時間帯 ☐ 午前 ☐ 午後 ☒ その他 (具体的に) (13時以降)		

調査日 ※必要事項 を記入	認定調査実施日については、認定調査員から日程調整の連絡をさせて 頂きます。調査員の調整及び認定調査日の日程調整を円滑に行うため、 ご都合の良い曜日を複数ご選択ください。 ※※※ 認定調査は原則として平日の日中に実施します。※※※	駐車場所※□にレを記入
	【調査都合の良い曜日・時間帯】(丸を付けてください) いつでも・月・火・水・木・金 [午前・午後]	認定調査員の駐車場所について お伺いします。 ☒ あり ☐ なし → ☒ 自宅 ☐ 入院・入所先の駐車場 ☐ 近隣のコインパーキング ☐ その他

留意事項※□にレ、必要事項を記入		受付印
認定調査にあたり留意する事項があればご記入ください。 ☒ 家族の同時申請あり 妻: 川口花子 ☐ その他 ☒ 室内ペット 犬(2)匹、猫(3)匹 ☐ 終末期等でサービス利用(増加)を 急いでいる		
主治医意見書について (医療機関への提出状況)		
☒ すでに依頼した ☐ 医療機関が決まっていない		
☐ 今後提出予定 (予定時期: 頃)		

※川口市では、被保険者本人、家族、ケアマネジャー等が、
医療機関に直接主治医意見書の作成を依頼していただく方式をとっております。