市処理欄		
2号	事前	特

様式第6号

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

（あて先） 川 口 市 長
次のとおり申請します。

両面の太枠内を記入してください
※鉛筆やインクが消せるボールペンは使用しないでください

令和　　年　　月　　日 申請

申請区分	新規 ・ 区分変更 ・ 更新 ・ 転入

申請者（被保険者）	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療保険 記号		番号		枝番
	医療保険 保険者名		保険者番号		
	ふりがな		生年月日	明・大・昭　年　月　日（年齢　歳）	
	氏名	（男 ・ 女）			
	住所	〒　—	電話番号　（　）		
	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　③ その他（　）			
	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	転出元市町村名【　】　転出元市町村で認定申請中【 はい ・ いいえ 】			
主治医	医療機関名		所在地	市 ・ 区	
			電話番号	（　）	

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		本人との関係　（　）
	住所（事業者の場合は所在地）	〒　—	電話番号　（　）
	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	

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

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		市処理欄	受付印
	□代理権	□本人身元	未納 ・ 滞納	
	□代理人身元		□あり 折衝者（　）	
	□本人番号		□なし	
	□職権記載			

4.4

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頂きます。

前回の要介護・要支援認定の結果	
要支援	
要介護	
現在のサービス利用	有 ・ 無

被保険者番号				
包括・居宅名		ふりがな		年齢
担当者名		被保険者氏名		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		いつ頃から：
		加齢・その他（ ）		
	困りごと	買い物・掃除・通院・ベッド・車椅子・手すり・リハビリ・デイサービス・他		

調査先 ※□にレ、必要事項を記入	□ 自 宅	住 所			
	【自宅以外】□ 親族宅 □ 施 設 □ 病 院	所在地名称			棟 階 号室
		住 所			担当相談員（介入があるかたのみ）［ ］
	入院理由	骨折・検査・肺炎・手術（ ／ ）その他［ ］	施設・病院の連絡先	（ ）	入院（所）年月日 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。	□ なし □ 未定 □ あり⇒［ ／ 頃 自宅 ・ 病院 施設［ ］］	（転院・退院等の予定先をご記入ください）		

立会者 ※□にレ、必要事項を記入	□ 本 人 □ 家族等 □ その他 【立会う事の承諾】□ 有 □ 無	ふりがな 氏名		本人との続柄・関係	同居 ・ 別居
		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 □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 （ ） □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）（ ）

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 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
	【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 ］	

留意事項※□にレ、必要事項を記入

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
□ 室内ペット 犬（ ）匹、猫（ ）匹
□ 終末期等でサービス利用（増加）を急いでいる
□ その他［ ］

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）

受付印

※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。