

市処理欄		
2号	事前	特

記入例

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

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

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。

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(大) 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					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)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 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・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、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又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。

(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、川口市が認定延期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

<input type="checkbox"/> 代理権	<input type="checkbox"/> 本人身元
<input type="checkbox"/> 代理人身元	
<input type="checkbox"/> 本人番号	
<input type="checkbox"/> 職権記載	

市処理欄
未納・滞納
<input type="checkbox"/> あり 折衝者 ()
<input type="checkbox"/> 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、下記枠内日地部分のご記入をお願いします。
 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

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

★「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。

被保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

包括・居宅名	〇〇居宅	ふりがな	かわぐち たろう	年齢	
担当者名	×〇 △子	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 <input checked="" type="radio"/> 怪我 病気	右足骨折	いつ頃から: 9/10
	困りごと	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	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	住所	川口市青木2-1-1		
	<input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院	所在地名称	〇△病院	東棟 3階 303号室	担当相談員 (介入があるかたのみ) ●●相談員
	入院理由	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折・検査・肺炎・手術 (/) <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> な <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> あり⇒	10/9 頃 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 病院施設		

立会者 ※□にレ、 同意に○、 必要事項を 記入	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等 <input type="checkbox"/> その他	ふりがな 氏名	かわぐち いちろう 川口 一郎	本人との 続柄・関係	長男 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 048 (259) 7294 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		連絡を取りやすい時間帯 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 090 (0000) 0000 <input type="checkbox"/> 勤務先		連絡を取りやすい時間帯 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/> 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 認定調査員の駐車場所について お伺いします。
	【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 ●]	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所先の駐車場 <input type="checkbox"/> 近隣のコインパーキング <input type="checkbox"/> その他

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。		受付印
<input checked="" type="checkbox"/> 家族の同時申請あり 妻: 川口花子 <input type="checkbox"/> その他		
<input checked="" type="checkbox"/> 室内ペット 犬(2)匹、猫(3)匹		
<input type="checkbox"/> 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)		
<input checked="" type="checkbox"/> すでに依頼した <input type="checkbox"/> 医療機関が決まっていない		
<input type="checkbox"/> 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。