

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
		保険者名		保険者番号	
	ふりがな		明・大・昭		
	氏名		生年月日	年 月 日	(年齢 歳)
	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		
	※転入申請時のみ記入		有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで		
	主治医		転出元市町村名【 】 転出元市町村で認定申請中【 はい・いいえ 】		
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)	<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	
-------	--

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

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
		<input type="checkbox"/> 代理権	<input type="checkbox"/> 本人身元	未納・滞納	
		<input type="checkbox"/> 代理人身元	<input type="checkbox"/> 本人番号	<input type="checkbox"/> あり折衝者()	
		<input type="checkbox"/> 職権記載		<input type="checkbox"/> なし	

