

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申 請 書

（提出先） 川越市長

次のとおり申請します。

										申請年月日					年 月 日							
介護保険 被保険者番号		1	0	0						個人番号												
医療 保険	保険者名									保険者番号												
	被保険者 記号番号	記号								番号						枝番						
フリガナ										生 年 月 日					年 齢							
氏 名										男 女		年 月 日					満 歳					
住 所 (住民登録地)		〒 電話番号 ()																				
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					
		※14日以内に他 市区町村から転入 した方のみ記入し てください。				転出元の市区町村名[] 現在、転出元の市区町村に要介護・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方は、「いいえ」に○を付けてください。) はい(申請日 年 月 日) ・ いいえ																
医療機関又は施設 に入院・入所 ☐ している ☐ していない	入院・入所施設名											病室										
	所 在 地	〒 電話番号 ()																				

主治医	主治医氏名						医療機関名					
	所 在 地	〒 電話番号 ()										
	定期受診の有無	有 無					最終受診日	年 月 日				

※1箇月以内に受診がない場合は、後日受診をお願いすることもあります。

提出代行者 (家族等)	氏 名											続 柄						
	住 所	〒 電話番号 ()																
提 出 代 行 事 業 者	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)																	
住 所	〒 電話番号 ()																	

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、次の欄を記入してください。また、医療保険の被保険者の資格情報が確認できる書面を提示してください。ただし、医療保険の被保険者の資格情報を登録したマイナンバーカードをお持ちの方は、提示は不要です。

特 定 疾 病 名																		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

私は、介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成するために必要がある場合又は主治医意見書を記載した医師が希望した場合には、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・意見及び主治医意見書を、川越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。

受領者		資格者証	済 未	入 力 者		前回 HP	同 異	☐ 期限切れ新規	本人氏名 _____
								☐ 非該当	
								☐ 取下げ	
代筆 () _____									

ケアマネジャー氏名