

裏面も必ずご記入をお願いします！

申請年月日		年 月 日	
被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	
フリガナ	カワゴエ タロウ	生年月日	年齢
氏名	川越 太郎	男 女	明・大・昭〇〇年〇月〇日 満〇〇歳
住所 (住民票上)	〒350-0062 川越市元町1丁目3番地1 電話番号〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇		
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 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで		
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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場合は「いいえ」に○印を記入してください。) はい(申請日 年 月 日) ・ いいえ	
医療機関又は施設に <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中 <input type="checkbox"/> 無	入院・入所施設名	特別養護老人ホーム 〇〇〇〇 病室: 〇〇〇号室	
	所在地	〒350-0000 川越市〇〇町〇丁目〇番地〇 電話番号〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	

主治医	主治医氏名	埼玉 一郎	医療機関名	〇 〇 病院
	所在地	〒350-0000 川越市〇〇町〇〇〇番地〇 電話番号 〇〇(〇〇)〇〇〇〇		
	定期受診の有無	① 有 無		

※1ヶ月以内に受診が眼科や皮膚科等の場合は、医師に主治医意見書の作成が可能か事前に確認してください。

提出代行者 (家族等)	氏名	川越 花子	続柄	妻
	住所	〒350-0062 川越市元町1丁目3番地1 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		

提出代行業者	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
--------	--

65歳未満の方のみ記入してください。
また、医療保険被保険者証(写)を持参(同封)してください。

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、記入してください。

医療保険者名	川越市	医療保険被保険者証記号番号	123-4567
特定疾病名	脳血管疾患		

注 医療保険被保険者証を持参してください。

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	『介護保険被保険者証』をお持ちの方は、 当申請書と一緒に持参(同封)してください。	新規

本人氏名 川越 太郎

代筆(妻) 川越 花子

