

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

記入例

川越市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号																	
	医 療 保 険	保険者名	川越市					保険者番号	00110015											
		被保険者 記号・番号	記号	123			番号	4567				枝番	01							
	フリガナ	カワゴエ タロウ					生年月日	明・大・昭 ○○年 ○月○○日												
	氏 名	川越 太郎					性 別	男 ・ 女												
	住 所	〒350-0062 川越市元町1丁目3番地1																		
		電話番号 049(224)6405																		
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2							
			有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																	
※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入		転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・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」を選択してください） はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																		
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日									
	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日									
	医療機関等の名称等・所在地										期間 ○年 ○月 ○日～○年 ○月 ○日									
	○ ○病院 川越市元町1丁目3-1	医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日								

提 出 代 理 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・ 居宅介護支援事業者 ・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） 居宅介護支援事業所 小江戸かわごえ																
	住 所	〒350-0062 川越市元町1丁目3番地1 電話番号 049(224)6405																

家族申請の場合は、
氏名（続柄）を記入してください。

主 治 医	主治医の氏名	埼玉 花子					医療機関名	○○病院											
	所 在 地	〒																	

主治医欄は、必ず主治医が作成可能か
事前に相談してから記入してください。

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※40歳～64歳の方は、必ず記入が必要です！！！！

介護サービス計画の作成等介護保険
認定にかかる調査内容、介護認定
を受けた介護サービス計画及び介護予防
人が取得した心身の状況等の情報を、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、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。

本人氏名 川越 太郎

該当する項目に☑を入れてください。

1 申請区分・理由について (変更申請の場合は、変更理由のいずれかに必ずチェックをしてください。)

<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 更新申請	<input type="checkbox"/> 変更申請
(<input type="checkbox"/> 状態が悪化した <input type="checkbox"/> 状態が改善した)		

2 認定調査について

(1) 認定調査に同席される方はいますか？

※同席者が日中連絡の取れる連絡先を連絡する優先順にご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/> 同席する	<input type="checkbox"/> 同席しない	
①氏名 (元 町子)	本人との関係 (ケアマネ)	TEL (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
		TEL (- -)
②氏名 (埼玉 花子)	本人との関係 (妻)	TEL (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
		TEL (- -)

連絡する優先順にご記入ください。

(2) 認定調査場所について

<input checked="" type="checkbox"/> 川越市内の自宅 (住民票上の住所)	認定調査を希望される場所で、該当する項目にチェックをつけてください。 申請時と調査場所が変更になった場合は、介護保険課までご連絡ください。
<input type="checkbox"/> 現在の入院・入所先 病院・施設名 () 所在地 ()	
<input type="checkbox"/> 上記以外の場所 病院・施設名 () 所在地 ()	TEL (- -)
状況 例)「〇月〇日に上記病院へ入院する予定のため、そちらでの調査を希望」等	

(3) 都合の悪い日はいつですか？ 該当する時間帯に○をつけてください。

※認定調査は、平日の午前10時開始、または午後2時開始で行います。(調査時間は概ね1時間です)

月 (午前・午後)	火 (午前・午後)	水 (午前・午後)	木 (午前・午後)	金 (午前・午後)
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

(4) 認定調査について該当するものに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> 本人の前で話しづらい内容があるので、別室で聞き取りをしてほしい
<input type="checkbox"/> その他

事前に調査員に伝えておきたいことがあればご記入ください。

3 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへ相談している方は、担当者名をご記入ください。

事業所名	居宅介護支援事業所 小江戸かわごえ	担当者名	元 町子
------	-------------------	------	------

<市使用欄>

受理者	資格者証	入力者	確認者
	未 済		