

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			
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 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 入院・入所中 無	入院・入所施設名					特別養護老人ホーム					病室: 号室					
	所在地					〒350-0000 川越市 町 丁目 番地					電話番号 ()					

主治医	主治医氏名	埼 玉 一 郎			医療機関名	病院		
	所在地	〒350-0000 川越市 町 番地			電話番号	()		
	定期受診の有無	有 無			最終受診日	平成 年 月 日		

1ヶ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	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	()		
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・指定介護療養型医療施設・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、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	1 2 3 - 4 5 6 7		
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	資格者証	済 未	力 者	裏面も必ずご記入お願いします!			本人氏名	川 越 太 郎		
				HP	異	取下げ	代筆(妻)	川 越 花 子		

