

太枠内を記入してください。

表面

し点をしてください。

・個人番号(マイナンバー)を記入

※記載が難しい場合は、個人番号未記入であっても申請を受理します。記入がある場合は添付資料が必要です。（詳しくは別紙をご覧ください）

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書									
☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 要介護状態・要支援状態区分									
（宛先）川崎市 区長 次のとおり申請。									
個人番号					申請日 令和 年 月 日				
被保険者番号					明・大・昭 年 月 日（歳）				
フリガナ					日				
氏 名					別 男 ・ 女				
住 所					介護保険を利用される方				
代 理 人 （代理人が申請する場合のみ記入してください。）					氏 名 住所 申請（窓口）に来られた方 本人との関係 電話番号（ ）				
申請時の要介護状態区分等					☐ なし ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
有効期間					令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
変更申請の理由					現在要介護認定・要支援認定を受けている方で、要介護状態・要支援状態区分の変更申請をする方のみ記入してください。				
過去6月間の入所・入院状況					あり なし				
1					名 称 期 間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 所在地 介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他				
2					名 称 期 間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 所在地 介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他				
3					名 称 期 間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 所在地 介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他				
主治医					医療機関名 所在地 診療科 科 医 師 名 電話番号（ ）				
特定疾病名					第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方のみ記入してください。				

私は、この申請に係る認定結果及び川崎市に届け出ている居宅介護（介護予防）支援事業所名を、この申請に際して意見を求めた主治医に提示することに同意します。

私は、認定更新申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名

（自署できない場合は記名押印してください。）

【申請の際に必要な持ち物】

- 受給資格証明書
- 印鑑
- マイナンバー(個人番号)の確認に必要な書類など
- 加入している医療保険の分かるもの(40歳から64歳の方)

裏面

記載箇所はございません。

被保険者氏名										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療保険者名						医療保険者番号					
医療保険被保険者証記号番号											

提出代行者	該当するものに○印を付けてください。										
(指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・地域包括支援センター・その他())											
名 称 所 在 地 千 電 話 番 号 ()											
					事業所番号						

認定調査についての希望等記入欄	
訪 問 日 時	1 都合の悪い日 月 日 () 午前・午後 2 特に希望しない。
訪 問 先	(自宅・施設・病院・その他) 自宅を希望される場合は、建物の名称も記入してください。 住 所 千 名 称 病棟及び部屋番号 病棟 階 号室 電話番号 ()
調査の立会い	1 希望しない。 2 希望する。 立会人の氏名 被保険者との関係 電話番号 () (昼間連絡をとることができる電話番号を記入してください。)
家族等連絡先 (代理人と同じ場合は記入の必要はありません。)	住 所 千 氏 名 被保険者との関係 電話番号 ()
そ の 他 (心身や生活の状況等を記入してください。)	

注 太枠内のみ記入してください。

区役所記入欄

受 付 日		資格登録日		入 力 日		証 回 収	済 ・ 未
意見書入力		新規	在宅	調査入力		資格者証	済 ・ 未
		継続	施設			送付先変更	有 ・ 無

備 考	本人のいないところでの聞き取りを希望(する ・ しない)
-----	--------------------------------