

担 任	係 長	課 長

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・要支援状態区分変更

☐転入による
該当するものにレ印を付けてください。

（宛先）川崎市 区長 次のとおり申請します。

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

申 請 者 （ 認 定 を 受 け よ う と す る 方 ）	個人番号																					
	被保険者番号																					
	フリガナ																		生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）		
	氏 名																		性 別	男 ・ 女		
	住 所	〒																	電話番号 （ ）			
	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													本人との関係							
		住 所	〒																	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													最後に受診した月	令和 年 月	次回受診予定	月 日					
	所 在 地	〒																	電話番号 （ ）			
	診 療 科													科	医 師 名							
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。）

