

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

受 付 印

市川市長 次のとおり申請します。

申請区分 ☐新規 ☐更新 ☐区分変更

※ 必ず選択 ☐ 要支援者の要介護新規 ☐ 転入継続

受 付 者

A 被保険者記載欄

被 保 険 者	介護保険被保険者番号						性別	男・女	
	住 所	〒					生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	フリガナ							年 齢 歳	
	氏 名	☎					障害者手帳（有・無） 級		
	前回の認定 結 果 等	要支援（１・２）要介護（１・２・３・４・５）			市川市重度障害者福祉手当の受給中止の説明（有・無）				
	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			前市町村での認定（有・無）				

B 医療保険情報記載欄（第2号被保険者は、医療保険情報がわかるものの写しを添付してください。）

医 療 保 険 者 名				保険者番号			
医 療 保 険 記 号 及 び 番 号 等	記 号		番 号		枝 番		
特 定 疾 病 名	※第2号被保険者（40歳以上65歳未満の申請者）のみ記載。						

C 申請理由記載欄（新規・要介護新規・区分変更申請は必ず記載してください。）

D 主治医に関する記載欄

医 療 機 関 名			最 終 受 診 年 月
フ リ ガ ナ	姓 名	診 療 科	入 院 中 ・ 通 院 年 月
主 治 医 氏 名			
医 療 機 関 所 在 地	〒 ☎		通 院 の 頻 度

E 提出代行者記載欄（本人の代わりに申請する場合、記載してください。）

所在地・住所	〒	被保険者との関係
名 称 ・ 氏 名		☎ 担当者名
日程調整のための連絡先	氏名	関係（ ） ☎

F 署名に関する記載欄（下記内容に同意した場合、署名してください。）

介護（介護予防）サービス計画作成及び介護（介護予防）サービス受給のために必要があるときは認定調査票、主治医意見書を居宅介護（介護予防）支援事業者、介護（介護予防）サービス提供事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した認定調査員に提示すること及び要介護認定又は要支援認定の有効期間内においては更新申請に係る介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書（様式第10号）について発送を行わないことに同意します。

本人（被保険者）氏名

本人（被保険者）氏名

裏面へつづく

[illegible]

被保険者番号		被保険者名	
--------	--	-------	--

G 認定調査に関する記載欄

調 査 場 所 住所地以外の場合	名称	病棟（入院の場合）	
	所在地 〒		
	病院・施設・その他（		☎
入院・入所の期間	年 月 日 ～	退 院 ・ 転 院 ・ 退 所 予 定	年 月 日頃
調査当日の立会い	有 ・ 無	※ 立会いなしの場合は、本人と調整させていただきます。	
立会いする場合	立会人氏名	本人との関係	
	日中連絡可能な電話番号	☎	
認定調査前に事前に伝えておきたいこと（暫定サービス利用の有無、入院理由、調査時に配慮すべき事等） ※ がん末期の方は病名と告知の有無を必ず記載してください。			

事業担当者以外の調査	チェック		備 考
		可 （同一事業所・同一法人）	
		不可（別事業所委託）	
