

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

西 東 京 市 長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 6 年 4 月 1 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	個人番号		
	医 療 保 険	保険者名	別紙の記入例を参考に、加入の医療保険について記入してください。		
		被保険者証	記号		枝番
	フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ		生年月日	明・大・昭元 年1月1日
	氏 名	西東京 花子		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 202-0013		電話番号	042-464-1311
		中町1-5-1			
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	1 (2) 3 4 5	経過的要介護	状態の変化の理由として、 どちらかにチェックしてください。
		有効期間	5 年 7 月 1 日 から		
	変更申請の 理由	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input checked="" type="checkbox"/> 状態悪化			
過去6月間の 介護保険施設 医療機関等入 院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	月 日 ~ 年 月 日		
	医療機関等の名称等・所在地	最近、施設に入所もしくは病院に入院 していたことがあれば、一か所のみ記入 してください。			

申請者氏名	西東京 太郎		本人との関係	長男
提出代行者 名称	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)			
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		電話番号	042-420-2816
	〇〇県△△市□□町1-5-1			

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医 氏名	西東 京子	受診日	前回 4月22日 今回 (予定) 5月19日
	所在地	〒 南町5-6	本人の心身の状況を一番よくわかって いる(定期的に受診している)病院と医 師のフルネームを記入してください。		39-4425	

第2号被保険者の方 (40歳から64歳) 該当する

資格取得日		資格区分	本人・家族(被保険者との続柄)
特定疾病名			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、西東京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、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に、また被保険者の負担割合証に記載される負担割合を西東京市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者若しくは介護保険施設の関係人に提示することに

家族等の代理人が記入しても  
かまいません。

本人氏名 西東京 花子

受付	印字	入力	本人確認

<b>変更</b>		1000000001	
○ 訪問調査時の同席について 【希望あり】		東京 花子	
フリガナ	ニシトウキョウ タロウ	住所(市区町村名まで)	
同席者氏名	西東京 太郎	との関係	〇〇県△△市
電話番号	携帯090(1111)1111	<input checked="" type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他	長男
調査の日程調整の連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 同席者と同じ <input type="checkbox"/> その他(本人との関係: 氏名: )		

同席の希望について、[あり・なし]どちらかに○をつけ、日中の連絡先等も記入してください。病院、施設での調査ではご家族の同席なしで進めさせていただきます場合があります。

2-3週間を目安に、都合の悪い日時を記入してください。

○ 訪問調査は、原則平日(月曜日から金曜日)の日中に行います。以下にご都合の悪い日時を記入してください。

特になし(いつでも良い) 都合の悪い日時⇒( 月曜日の午前中は都合が悪い。 )

○ 訪問調査の参考にさせていただくため、ご本人の情報を記入してください。記載がない場合、問い合わせをさせていただくことがありますのでご了承ください。

変更理由	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input checked="" type="checkbox"/> 状態悪化
申請内容	変更申請が必要になった経緯と身体・心身状況(前回の認定から、どこが・どのようにいつから悪化(改善)したか等) 一週間前に転倒し、骨折した。現在入院中。退院後は自宅に戻り、在宅で介護サービスを利用する。
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 在宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> リハビリテーション(訪問、通所) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 施設入所中
本人の状況	歩行: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 杖や歩行器等を使用 <input checked="" type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり 認知: <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 物忘れが目立つ <input type="checkbox"/> 直前の行動を忘れる <input type="checkbox"/> 自分一人では金銭管理ができない 排泄: <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 常に紙おむつ等を着用 <input type="checkbox"/> 夜のみ紙おむつ等を使用
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住民票の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 病院に入院中 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他( ) ※自宅以外にチェックを入れた方は必ず以下もご記入ください。 ・病院名、施設名、家族名等 〇〇病院 ・所在地 〒188-0012 西東京市南町5-6-13 ・電話番号 042-439-4425 ・病棟など( △△△ 病棟 階 科) (不明) ・期間( 令和〇年〇月〇〇日~ 令和〇年〇月〇〇日)
調査に伺う場所	<input type="checkbox"/> 現在の生活場所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他⇒場所( 自宅 ) 電話番号( 042-464-1311 ) 所在地(〒202-0013 中町1-5-1 )

該当箇所にチェックをしてください。

変わった状態を具体的に記入してください。難聴・視力障害など、調査時に注意が必要な事柄も記入してください。

該当箇所にチェックをしてください。

該当箇所にチェックをしてください。

自宅以外にお住まいの方はどこにお住まいなのか記入してください。

該当箇所にチェックをしてください。

現在いる場所と、調査時点で生活している場所が異なることが分かっている場合は記入してください。

○ 介護支援専門員(ケアマネジャー)が決まっている方は、記入してください。

事業所名	
介護支援専門員名	電話番号 ( )

※本人の住所地において認定結果通知等の管理が困難な場合は、別途送付先変更届を提出してください。

以下市処理欄(記入しないください)

提出者	<input type="checkbox"/> 本人	状況	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者
	<input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 特定疾病 ( )
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		<input type="checkbox"/> 年齢到達 ( )
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー		<input type="checkbox"/> 同時調査( )
	<input type="checkbox"/> その他( )		