

介護保険 [ 要介護認定・要支援認定 ] 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

介護保険 被保険者番号	1 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	
被 保 険 者	フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ																			
	氏名	西東京 花子					生年月日	明・大 <sup>昭</sup> 元 年 1 月 1 日			性別	男 ・ 女									
	住所	〒 202-0013 中町1-5-1					電話番号	042-464-1311													
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護・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」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日																			
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無	介護保険施設の名称等・所在地 期間 年 月 日 医療機関等の名称等・所在地 年 月 日																			
	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	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) 申請をされる方のお名前やご住所を記入してください。			
申請者住所	〒 000-000 〇〇県△△市□□町1-5-1		電話番号	042-420-2816

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医氏名	西東京 京子	受診日	前回	4月22日
	所在地	〒 西東京市南				今回	5月19日
						(予)	439-4425

本人の心身の状況を一番よくわかっている(定期的を受診している)病院と医師のフルネームを記入してください。

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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、居宅サービス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同意します。

家族等の代理人が記入してもかまいません。

受付	印字	入力	本人確認

本人氏名 西東京 花子

※ 裏面についてもご記入下さい

<b>新規</b>		被保険者番号	1000000001	
○ 訪問調査時の同席について <b>希望あり</b>		同席の希望について、[あいなし]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く場合があります。		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他	長男
電話番号	携帯090(1111)1111		〇〇県△△市	
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: )		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)の日中に行きます。以下( )に記入してください。  
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いた( )を記入してください。  
 ○ 申請理由 医師等から申請をされた( )  
けがや病気により(病名等)いつ頃から( )

本人の状態  
 歩行: 問題なし 杖や歩行器等を使用 車いすを使用 寝たきり  
 認知: 問題なし 物忘れが目立つ 直前の行動を忘れる 自分一人では金銭管理ができない  
問題なし 常に紙おむつ等を着用 夜のみ紙おむつ等使用  
 (耳が遠いため筆談が必要)

上記以外の 物忘れのことについては本人のいないところで話したい。  
 本人の状態

現在の生活場所  
自宅(住民票の住所) 病院に入院中 施設に入所中 その他(家族宅・ショートステイ等)  
 ※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。  
 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  
現在の生活場所と同じ  
その他⇒場所( 自宅 )  
 電話番号( 042-464-1311 )  
 所在地(〒202-0013 中町1-5-1 )

○ 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 ( )

○ 介護保険で利用を希望されるサービスにチェックをしてください。

○ 在宅サービス  
訪問介護(ヘルパー) 訪問看護 通所介護(デイサービス) リハビリテーション(訪問、通所)  
福祉用具貸与 住宅改修 短期入所(ショートステイ) 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)  
サービス付き高齢者向け住宅 有料老人ホーム その他( )

○ 施設サービス  
介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院

※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(記入しないでください) .....

提出者	<input type="checkbox"/> 本人	状況	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( )			