

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 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号			
	医 療 保 険	保険者名		保険者番号		
		被保険者証	記号	番号	枝番	
	フリガナ		生年月日		明・大・昭	年 月 日
	氏 名		性 別		男 ・ 女	
	住 所		〒		電話番号	
	※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。 はい ・ いいえ (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)	
過去6ヶ月間の 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 年 月 日～ 年 月 日		
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日		

申請者氏名	本人との関係
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・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	〒 電話番号

主治医	医療機関名	主治医 氏名	受診日	前回 今回 (予定)	月 日 月 日
	所在地	〒 電話番号			

第2号被保険者の方 (40歳から64歳) 該当する特定疾病名をご記入ください。

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。

本人氏名 _____

受付	印字	入力	本人確認

※ 裏面についてもご記入下さい

新規		被保険者番号	
○ 訪問調査時の同席について【希望あり・希望なし】		氏名	
フリガナ		本人との関係 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他	続柄
同席者氏名			住所(市区町村名まで)
電話番号			
調査の日程調整の連絡先	<input type="checkbox"/> 同席者と同じ <input type="checkbox"/> その他(本人との関係: 氏名: 電話番号:)		

○ 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をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 特になし(いつでも良い)	都合の悪い日時⇒()
---------------------------------------	-------------

○ 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。

申請理由	<input type="checkbox"/> 医師等から申請をすすめられて <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> けがや病気により 病名等・いつ頃から()
本人の状態	歩行: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 杖や歩行器等を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり 認知: <input 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 type="checkbox"/> 常に紙おむつ等を着用 <input type="checkbox"/> 夜のみ紙おむつ等使用
困りごとや、上記以外の本人の状態	(例: 耳が遠いため筆談が必要)
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住民票の住所) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> 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※ ・病院名、施設名、家族名等 ・所在地 〒 ・電話番号 ・病棟など(病棟 階 科) (不明) ・期間(年 月 日～ 年 月 日)
調査に伺う場所	<input type="checkbox"/> 現在の生活場所と同じ <input type="checkbox"/> その他⇒場所() 電話番号() 所在地(〒)

○ 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。

<input type="checkbox"/> 在宅サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input 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"/> 施設サービス <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 家族
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー
	<input type="checkbox"/> その他()

状況	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者
	<input type="checkbox"/> 特定疾病 ()
	<input type="checkbox"/> 年齢到達
	<input type="checkbox"/> 同時調査()