

介護保険 [ 要介護更新認定・要支援更新認定 ] 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 元年 5月 1日

被 保 者	被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 1	個人番号		
	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 中町1-5-1		電話番号	042-464-1311
	前回の要介護認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分 1 (2) 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分 1 2	
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	～ 年 月 日		
有 (無)	医療機関等の名称等・所在地	最近、入所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、居宅介護支援事業者・指定介護者)		申請をされる方の名前を記入してください
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市□□町1-5-1 電話番号 042-438-4032		

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
	所在地	〒 南町5-6-1			今回(予定)	5月19日	
				電話番号	042-460-9837		

第2号被保険者 (40歳から64歳)			
保険者名		番号	
保険者番号		家族(被保険者との続柄)	
特定疾病名		資格取得日	

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。

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

※ 裏面についてもご記入下さい

受付	印字	入力	本人確認

被保険者番号	1000000001
氏名	西東京 花子

○ 訪問調査に同席する方 **【あり・なし】**

フリガナ	ニシトウキョウ タロウ	本人の <input type="checkbox"/> 同居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 別居家族	続柄	住所(市区町村名まで)
同席者氏名	西東京 太郎		長男	〇〇県△△市
電話番号	携帯090(1111)1111			

○ ご本人の心身の状態を調査  
状態の変化なし 状態改善  
 同席者の【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(原則、調査時の同席にご協力をお願いします)

食事やトイレは自分でできるが、お金や大事なものをどこにしまったか忘れて家族を巻き込んで探すことがある。  
 難聴があるので、電話の音が聞き取れないことがある。

難聴・視力障害など、訪問調査の時に配慮が必要な事柄もあれば記入してください

○ 調査日時の希望や注意点などありましたら記入してください  
 2週間を目安に、都合の良い日時を記入してください

調査希望日	<input checked="" type="checkbox"/> あり( 月曜以外 ) <input type="checkbox"/> なし
その他	例:本人が病名を知らないので言葉に気をつけてほしい <b>難聴のため大きな声で調査してください</b>

○ 介護支援専門員(ケアマネジャー)が決まっている方は  
 本人の前では話せないことがあれば記入してください

事業所名	
介護支援専門員名	

該当箇所にチェックをしてください

○ 現在の生活場所を記入してください

<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院に入院	<input type="checkbox"/> 施設に入所	<input type="checkbox"/> ショートステイ利用	<input type="checkbox"/> 家族宅等
自宅以外の場合	名称(家族等の氏名)	電話番号		
	住所			
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	予定	

※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)

申請者	<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	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( )