

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 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|--|--|--|--|--------|--|--|-------------|-------------|----------------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| | | 有効期間 | | | | | | | | | | 年 月 日 から 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 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～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) | | | | | | | | | | 印 | | | | | | | | | | |
| 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 | 月 | 日 |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | 今回 (予定) | 月 | 日 | | |

第2号被保険者の方 (40歳から64歳) 医療保険加入内容を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者名 | | | | | | | | | | | 記号 | | | | | | | | | | | 番号 | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | | | | | | | 資格 区分 | 本人・家族(被保険者との続柄) | | | | | | | | | | 資格 取得日 | | | | | | | | | | |
| 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

※ 裏面についてもご記入下さい

| | | | |
|----|----|----|------|
| 受付 | 印字 | 入力 | 本人確認 |
| | | | |

