

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	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		
	※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) 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
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	
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日	
有 ・ 無				

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
					今回(予定)	月 日	
	所在地	〒					
		電話番号					

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)		
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	負担割合証	本人確認

○ 訪問調査に同席する方 【あり・なし】

フリガナ		本人との関係	被保険者番号	
同席者氏名			氏名	
電話番号			<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他	続柄

○ ご本人の心身の状態を調査するために事前に情報を記入してください

例:膝の痛みがあり、外出時は杖を使っている。最近、物忘れがある。

---



---



---

○ 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

調査希望日	<input type="checkbox"/> あり( ) <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

○ 現在の生活場所を記入してください

自宅     病院に入院     施設に入所     ショートステイ利用     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		

○ 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を記入してください

予防給付サービス     介護給付サービス

○ 在宅サービス

<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	(グループホーム)

○ 施設サービス

- 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
- 介護老人保健施設 (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)

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	<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( )