

介護保険 〔 要介護認定・要支援認定区分変更 〕 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 7 年 5 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 者	被保険者証	記号															枝番			
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	要介護状態区分 1 (2) 3 4 5 経過的要介										状態の変化の理由として、 どちらかにチェックしてく ださい。									
有効期間	6 年 7 月 1 日 から																			
変更申請の 理由	☐ 状態改善 ☒ 状態悪化																			
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									
	医療機関等の名称等・所在地										年 月 日									
(有) ・ 無	〇〇病院 南町5-										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。									
											～令和〇年〇月〇〇日									

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) 指定介護者(福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)																				
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市□□町1-5-1										電話番号	042-420-2816									

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										本人の心身の状況を一番よくわかって いる(定期的に受診している)病院と医 師のフルネームを記入してください。										今回 (予定)	5月19日																
																														39-4425									

第2号被保険者の方 (40歳から64歳)該当す

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

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

受付	印字	入力	本人確認

変更

○ 訪問調査時の同席について → ☐同席なし ☒同席あり※

※同席ありの場合のみ、同席者の氏名等をご記入ください。

同席の希望について、**「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。**

1000000001
西東京 花子

フリガナ	ニシトウキョウ タロウ	本人との関係	☐ 同居家族 ☒ 別居家族 ☐ その他	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

○ 日程調整をさせていただく方の氏名・連絡先等をご記入ください。

日程調整連絡先	☐ 本人 ☒ 同席者と同じ ☐ その他(本人との関係: 氏名:)
	① (090 - 1111 - 1111) ② (042 - 420 - 2816)

○ 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。

☐ 特になし(いつでも良い)	都合の悪い日時⇒(月曜日の午前中)
---------------------------------------	---------------------

○ 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。

変更理由	☐ 状態改善 ☒ 状態悪化
申請の経緯と現在の状況	変更申請が必要になった経緯と身体・心身状況(前回の認定から、どこが・どのように・いつから悪化(改善)したか等) 一週間前に転倒し、右大腿骨骨折した。現在入院中。退院後は家族宅で生活する予定。 デイサービスの回数増回と自宅に手すりを取り付けるため変更申請を行う。
本人の状態	歩行: ☐ 支障なし ☒ 支障あり⇒(☐ 杖や歩行器等を使用 ☒ 車いすを使用 ☐ 寝たきり ☐ その他) 認知: ☒ 支障なし ☐ 支障あり⇒(☐ 物忘れ ☐ 直前の行動を忘れる ☐ 金銭管理ができない ☐ その他) コミュニケーション ☐ 支障なし ☒ 支障あり⇒(☐ 難聴 ☐ 筆談必要 ☒ 発語・発声できない ☐ その他)
現在利用中のサービス	☐ 利用していない ☒ 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() ☐ 施設入所中
今後増やす予定のサービス	(デイサービスの回数増、住宅改修(手すり))
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 ・病院名、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・未定)
調査に伺う場所	☐ 現在の生活場所と同じ ☒ その他⇒場所(家族宅:西東京 太郎) 所在地(西東京市中町1-5-1)電話番号(090 - 111 - 1111)

○ 担当の地域包括支援センター職員や介護支援専門員(ケアマネジャー)が決まっている方に記入

包括名・事業所名	【 包括 ・ 居宅 】
担当者名・担当ケアマネジャー名	電話番号

※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	☐ 本人	状況	☐ 取り下げ区変(要介護度: →)
	☐ 家族		☐ 第2号被保険者
	☐ 地域包括支援センター		☐ 特定疾病 ()
	☐ 担当ケアマネジャー		☐ 同時調査(夫婦 ・ 兄弟姉妹 ・ 親子 ・ その他)
	☐ その他()		