

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 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 8 年 2 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	加入している医療保険の情報を 記入してください。	
	被保険者 記号・番号	記号	枝番
被 保 者	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)
保 険 者	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	状態の変化の理由として、ど ちらかに✓してください。 2
者	変更申請の 理由	<input type="checkbox"/> 状態改善	<input checked="" type="checkbox"/> 状態悪化
	過去6 介護保 医療機 の入院 有無	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、「有」と記入してください。	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、2か所まで記入して ください。
	有	医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院 南町5-6-13	令和〇年〇月〇〇日～令和〇年〇月〇〇日

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・イ 西東京 太郎 (長男)	
	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	主治医氏名	西東 京子	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 188-8666 南	042-439-4425	

第二号被保険者(40歳から64歳の)	特定疾病名	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。
--------------------	-------	--

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提示することに同意します

受付	印字	入力

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 (R8.2.1)

変更

○ 訪問調査時の同席について → <input type="checkbox"/> 同席なし <input checked="" type="checkbox"/> 同席あり※	被保険者番号	1000000001
※同席ありの場合のみ、同席者の氏名等をご記入ください。		西東京 花子
フリガナ	ニシトウキョウ タロウ	住所(市区町村名まで)
同席者氏名	西東京 太郎	〇〇県△△市

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。同席者は本人の日頃の生活状況を分かっている方をお願いします。

○ 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	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同席者と同じ <input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 特になし(いつでも良い)	都合の悪い日時⇒(月曜日の午前中)	2~3週間後を目安に、都合の悪い日時を記入してください。
---------------------------------------	---------------------	------------------------------

○ 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	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input checked="" type="checkbox"/> 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。〇月〇日手術予定。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。

該当箇所に✓をしてください。

変わった状態を具体的に記入してください。

本人の状態	歩行: <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり⇒(<input type="checkbox"/> 杖や歩行器等を使用 <input checked="" type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 _____) 認知: <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり⇒(<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 直前の行動を忘れる <input type="checkbox"/> 金銭管理ができない <input type="checkbox"/> その他 _____) コミュニケーション: <input type="checkbox"/> 支障なし <input checked="" type="checkbox"/> 支障あり⇒(<input type="checkbox"/> 難聴 <input checked="" type="checkbox"/> 筆談必要 <input type="checkbox"/> 発語・発声できない <input type="checkbox"/> その他 _____)
-------	---

現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 利用していない <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	<input type="checkbox"/> 自宅(住民票の住所) <input checked="" 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 ・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)
---------	--

病院や施設など自宅以外で生活されている場合は現在の生活場所を記入してください。

調査に伺う場所	<input type="checkbox"/> 現在の生活場所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 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 - 1111 - 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)が決まっている方は

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 _____

現在いる場所と、調査時点(2~3週間後目安)で生活している場所が異なることが分かっている場合は記入してください。

※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"/> 取り下げ区変(要介護度: _____) → _____ <input type="checkbox"/> 第2号被保険者 <input type="checkbox"/> 特定疾病(_____) <input type="checkbox"/> 同時調査(夫婦 ・ 兄弟姉妹 ・ 親子 ・ その他 _____)
-----	--	----	---