

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 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号										
	医 療 保 険	保険者名										保険者番号									
		被保険者 記号・番号					記号					番号					枝番				
	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										要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					
											有効期限					年 月 日 から 年 月 日					
	変更申請の 理由										<input type="checkbox"/> 状態改善					<input type="checkbox"/> 状態悪化					
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等へ の入院入所の 有無										介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					
										介護保険施設等の名称等・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						
										医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 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・介護老人保健施設・介護医療院)									
	住所	〒									
電話番号											

主 治 医	主治医氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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提示することに同意します。

受付	印字	入力

本人氏名

※ 裏面についてもご記入下さい

変更

○ 訪問調査時の同席について → 同席なし 同席あり※

被保険者番号			
※同席ありの場合のみ、同席者の氏名等をご記入ください。		氏名	
フリガナ		本人との関係	続柄
同席者氏名			住所(市区町村名まで)
		<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他	

○ 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 type="checkbox"/> 同席者と同じ <input type="checkbox"/> その他(本人との関係: _____) 氏名: _____) ① (_____) ② (_____)
---------	--

○ 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⇒(_____)
---------------------------------------	-------------------

○ 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 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) _____ _____ _____
本人の状態	歩行: <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり⇒(<input type="checkbox"/> 杖や歩行器等を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他 _____) 認知: <input 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 type="checkbox"/> 支障あり⇒(<input type="checkbox"/> 難聴 <input 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 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 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 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	(_____)
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住民票の住所) <input 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ください※ ・病院名、施設名、家族名等 _____ ・所在地 〒 _____ _____ ・電話番号 _____ ・病棟など(_____ 病棟 階 _____ 科) (不明) _____ ・期間(_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日・未定)
調査に伺う場所	<input type="checkbox"/> 現在の生活場所と同じ <input type="checkbox"/> その他⇒場所(_____) _____ 所在地(_____)電話番号(_____)

○ 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、記入してください。

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	<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 _____)