

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

[illegible]

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・介護医療院) 電話番号		
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(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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

更新

○ 訪問調査時の同席について → ☐ 同席なし ☒ 同席あり※

※ <u>同席ありの場合のみ</u> 、同席者の氏名等をご記入ください。	氏 名	
--------------------------------------	-----	--

フリガナ	本人	☐ 同居家族	続柄	住所(市区町村名まで)
------	----	-------------------------------	----	-------------

同席者 氏 名		との 関係	☐ 別居家族 ☐ 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	☐ 本人 ☐ 同席者と同じ ☐ その他(本人との関係: _____ 氏名: _____)
------	---

—

)

☐特になし(いつでも良い) 都合の悪い日時⇒()

.

現在利用中のサービス	☐ 利用していない（更新の理由： サービス利用予定あり ・ 今後のために更新したい ・ その他
------------	--

☐施設入所由

所

包括名・事業所名	【 包括 ・ 居宅 】
----------	-------------

C

..... 以下市処理欄（記入しないでください）

提出者	☐	本人
	☐	家族
	☐	地域包括支援センター
	☐	担当ケアマネジャー
	☐	その他()

☐ 同時調査(夫婦 ・ 兄弟姉妹 ・ 親子 ・ その他)☐ 同時調査(夫婦 ・ 兄弟姉妹 ・ 親子 ・ その他)