

介護保険

西 東 京 市 長 様

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新申請

申請書

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	更新申請の場合は、このように〇をつけてください。	
医療 保険	保険者名 被保険者 記号・番号	記号	加入している医療保険の情報を 記入してください。	
フリガナ			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・要 支援更新認定 の場合のみ記 入	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	7 年 2 月 1 日 から 8 年 3 月 31 日	
	※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月間 介護保険施設 医療機関等 入院入所の 有	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。	
	医療機関等の名称等・所在地	〇〇病院 南町5-6-13	期間	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) 西東京 太郎 (長男)	申請をされる方の事業所名(ご家族様の場合は申請者のお名前とご関係)、ご住所を記入してください。
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市□□町1-5-1	

主治医	主治医氏名	西東 京子	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 南町5	439-4425	

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保

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

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)

更新	
○ 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 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。	
フリガナ 西東京 花子	
住所(市区町村名まで)	
同席者氏名	
○ 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: 病棟看護師 氏名:)	
① (042 - 439 - 4425) 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。	
□ 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。	
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)	
☒ 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	
現在までの経緯	
☐ 状態の変化なし ☐ 状態改善 ☒ 状態悪化 (記入例:5年ぐらい前から膝に痛み)	
○ 主な疾病名:(脳梗塞)	
独居。○月△日より脳梗塞で○○病院に入院中。○○日よりリハビリを開始し、現在は歩行器を使用して移動している。認知症があり日々の生活に介助者の支援を要する。糖尿病の既往あり。	
本人の状態	
家族状況: ☒ 一人暮らし ☐ 同居(夫婦) ☐ その他(息子と同居等)	
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)	
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())	
排泄: ☐ 支障なし ☒ 支障あり⇒(☒ 常に紙おむつ等着用 ☐ 夜間のみ紙おむつ等着用 ☐ その他())	
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 ○○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○年○月○○日〜 令和○年○月○○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(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。)	
電話番号()	
所在地()	
○ 担当、あるいは提出代行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)の氏名、事業所名を記入ください。	
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()	
状況	
☐ 第2号被保険者	
☐ 特定疾病 ()	
☐ 年齢到達	
☐ 同時調査(夫婦・兄弟姉妹・親子・その他)	