

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 6 年 4 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 険 者	被保険者証 記号		枝番
	フリガナ	三シウキョウ ハナコ	
保 険 者	氏名	西東京 花子	生年月日 明・大(昭)元 年 1 月 1 日 性別 男・(女)
	住所	〒 202-0013 中町1-5-1	電話番号 042-464-1311
除 者	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 (2) 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期間 5 年 7 月 1 日 から 6 年 6 月 30 日	
	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	年月日
	有 (無)	医療機関等の名称等・所在地	年月日

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。

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、居宅介護支援事業者・指定介護 施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、 介護医療院)		
申請者住所	〒 000-0000 〇〇県△△市□□町1-5-1	電話番号	042-420-2816

申請をされる方のお名前や  
ご住所を記入してください。

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 今回(予定) 5月19日
	所在地	〒 南町5-6-1				-4425

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。

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入)

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。

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

更新

○ 訪問調査時の同席について **希望あり**

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。病院、施設での調査ではご家族の同席なしで進めさせていただきます場合があります。

000000001

東京 花子

住所(市区町村名まで)

フリガナ	ニシトウキョウ タロウ			本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他	長男	〇〇県△△市
同席者氏名	西東京 太郎						
電話番号	携帯090(1111)1111						
調査の日程調整の連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 同席者と同じ <input type="checkbox"/> その他(本人との関係: 氏名: 電話番号: )						

○ 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⇒( **月曜日の午前中は都合が悪い。** )

2-3週間を目安に、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 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

該当箇所にチェックをしてください。

本人の状態 状態の変化なし 状態改善 状態悪化

歩行: 問題なし 杖や歩行器等を使用 車いすを使用 寝たきり

認知: 問題なし 物忘れが目立つ 直前の行動を忘

排泄: 問題なし 常に紙おむつ等を着用 夜のみ紙お

該当箇所にチェックをしてください。

本人の前では話せないことがあれば記入してください。難聴・視力障害など、調査時に注意が必要な事柄も記入してください。

困りごとや、上記以外の本人の状態

(例: 耳が遠いため筆談が必要)

**脳梗塞で入院中。高血圧、糖尿病の既往あり。**

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

※自宅以外にチェックを入れた方は必ず以下も

・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** )

該当箇所にチェックをしてください。

自宅以外にお住まいの方はどこにお住まいなのか記入してください。

調査に伺う場所 現在の生活場所と同じ その他⇒場所( **自宅** )

電話番号( **042-464-1311** )

所在地(〒**202-0013** **中町1-5-1** )

現在いる場所と、調査時点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。

○ 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。

事業所名	
介護支援専門員名	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	第2号被保険者
	<input type="checkbox"/> 特定疾病 ( )
	<input type="checkbox"/> 年齢到達
	<input type="checkbox"/> 同時調査( )