

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

変更認定・要支援更新申請

新規申請の場合は、このように〇をつけてください。

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 被保険者記号・番号 記号 枝番

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 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)

住所 〒 202-0013 中町1-5-1 電話番号 042-464-1311

※要介護・要支援更新認定の場合のみ 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2

前回の要介護認定の結果等 ※14日以内に他自治体から転入した 新規申請の場合、この欄はご記入いただくなくて結構です。

過去6月介護保険医療機関入院入所の有 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。

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

有 医療機関等の名称等・所在地 期間

提出代行者 名称 該当に〇(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 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- 西東京 〇〇病院 042-439-4425

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。

第二号被保険者(40歳から64歳の)

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。

Table with 3 columns: 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

新規

○ 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 100000001

※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。なお、同席者は本人の日頃の生活状況を分かっている方にお願います。

○ 日程調整をさせていただく方の氏名・連絡先等をご記入

日程調整連絡先 本人 同席者と同じ 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。以下にご都合を記入してください。

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。

申請理由 医師等から申請をすすめられたこと けがや病気により日常生活が困難になったこと その他()

該当箇所に✓をし、詳しくは診断日(入院・診断)【 〇 年 〇 月 〇〇 日頃 】

右大腿骨骨折

該当箇所に✓をし、詳しくは診断日(入院・診断)【 〇 年 〇 月 〇〇 日頃 】

申請の経緯 (例:〇月〇日、自宅玄関で転倒し、救急搬送。右大腿骨骨折し、手術済。現在リハビリ病院でリハビリ中。退院後、福祉用具貸与希望。)

〇月〇日、自宅玄関で転倒し、救急搬送。右大腿骨骨折し手術済。〇日からリハビリ病院でリハビリ中。移動時は車いすを使用し、排泄に看護師の介助を要する。物忘れのことは本人のいないところで話したい。入院前は子どもの支援を受けつつ独居で生活していた。

本人の状態・世帯状況 排泄・入浴等必要な支援・認知症状

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 その他)

認知: 支障なし 支障あり⇒(物忘れ 直前の行動を忘れる 金銭管理ができていない 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)

申請の経緯・本人の状態などご記入ください。本人の前では話せないことがあれば調査の際に配慮しますのでその旨をご記入ください。

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 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 現在の生活場所と同じ その他⇒場所(自宅)

所在地(中町1-5-1)電話番号(042 - 464 - 1311)

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。

○ 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 ()

○ 介護保険で利用を希望されるサービスにチェックをしてください。

○ 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()

○ 施設サービス 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院

※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	状況	<input type="checkbox"/> 事業対象者からの新規
	<input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 第2号被保険者
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		<input type="checkbox"/> 特定疾病()
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー		<input type="checkbox"/> 年齢到達
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 同時調査(夫婦・兄弟姉妹・親子・その他)