

介護保険

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

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 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・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 年 月 日 から 年 月 日																															
	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		※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																															
		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

(R8.2.1)

新規

○ 訪問調査時の同席について → <input type="checkbox"/> 同席なし <input type="checkbox"/> 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		続柄	住所(市区町村名まで)
同席者氏名	本人との関係		

○ 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。

申請理由	<input type="checkbox"/> 医師等から申請をすすめられて <input type="checkbox"/> けがや病気により <input type="checkbox"/> その他(_____)	疾病名【 _____ 】 入院日もしくは診断日【 入院・診断 】【 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 】
申請の経緯	(例:○月○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。)	
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: <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 (_____)

○ 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。

<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"/> 施設サービス <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 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
	<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"/> 事業対象者からの新規
	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 特定疾病(_____)
	<input type="checkbox"/> 年齢到達
	<input type="checkbox"/> 同時調査(夫婦 ・ 兄弟姉妹 ・ 親子 ・ その他 _____)