

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

新規申請の場合は、このように〇をつけてください。

要更新認定・要支援更新申請

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	加入している医療保険の情報を記入してください。																				
	被保険者 記号・番号	記号															枝番					
	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									
被 保 険 者	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	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2	から 年 月 日								
		※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 かなくて結構です。											] ですか。 はい ・ いいえ を選択してください)								
	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。	はい」の場合、申請日 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、2か所まで記入して ください。									
	有	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								
		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)																	
	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										042-439-4425							

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。

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)

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

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

ニシトウキョウ タロウ

同席者氏名

西東京 太郎

同席の希望について、[あい・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的生活状況を分かっている方をお願いします。

西東京 花子

住所(市区町村名まで)

〇〇県△△市

○ 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: 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。以下にご都合の悪い日時⇒(月曜日の午前中)

○ 訪問調査の参考になさ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

☐医師等からすすめ

☒けがや病気により

☐その他()

名【 右大腿骨骨折 】※複数回答可

しくは診断日【 入院・診断 】 〇 年 〇 月 〇〇 日頃

申請の経緯

本人の状態

排泄・入浴等必要な支援・認知症状

申請の経緯

本人の状態

排泄・入浴等必要な支援・認知症状

家族状況:

歩行:

認知:

コミュニケーション:

排泄:

現在の生活場所

調査に伺う場所

○ 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

担当者名・担当ケアマネジャー名

【 包括 ・ 居宅 】

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) ☐その他()

☐施設への入所 (介護老人福祉施設、介護老人保健施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅 など)

※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

状況

☐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()

☐事業対象者からの新規

☐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)