更 新

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　　年　　月　　日

被保険者	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			
	医療保険 被保険者証	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　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～　年　月　日			
	有・無	医療機関等の名称等・所在地		期間　年　月　日～　年　月　日			

申請者氏名		本人との関係	
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・指定介護療養型医療施設、介護医療院）　電話番号		
申請者住所	〒　電話番号		

主治医	医療機関名		主治医氏名		受診日	前回	月　日
						今回（予定）	月　日
	所在地	〒　電話番号					

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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ことに同意します。

受付	印字	入力	本人確認

本人氏名

※　裏面についてもご記入下さい

（R3.4.1）

更 新

被保険者番号	
氏　　名	

○ 訪問調査に同席する方　【 あり ・ なし 】

フリガナ		本人との関係	□同居家族 □別居家族 □そ の 他	続柄	住所（市区町村名まで）
同席者氏　名					
電話番号					

○ ご本人の心身の状態を調査するために事前に情報を記入してください

□状態の変化なし　□状態改善　□状態悪化 （状態の変化の有無に関わらず、具体的に記入してください）

○ 調査日時の希望や注意点などありましたら記入してください

調査希望日	□ あり（　　）　□ なし
その他	例：本人が病名を知らないので言葉に気をつけてほしい

○ 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　（　　）

○ 現在の生活場所を記入してください

□ 自宅　□ 病院に入院　□ 施設に入所　□ ショートステイ利用　□ 家族宅等

自宅以外の場合				
	名称（家族等の氏名）		電話番号	
	住　所	〒		
	期　間	年　月　日　～　年　月　日予定		

※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）

申請者		
	□	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（　　）