

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 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 3 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	保険者番号	
	被保険者証 記号	加入の医療保険について 記入してください	
フリガナ	三シトウキョウ ハナコ		
被 保 険 者	氏 名	生年月日	明・大 ^昭 元 年 1 月 1 日
		性 別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
	住 所	〒 202-0013	電話番号 042-464-1311
		中町1-5-1	
	※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。 (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 ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 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
	有 <input checked="" type="radio"/> 無	医療機関等の名称等・所在地	最近、入所入院してい 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 申請をされる方の名前を 記入してください)		介護療養型医療施設、 介護医療院)
申請者住所	〒 000-000	電話番号	042-420-2816
	〇〇県△△市□□町1-5-1		

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
		所在地	〒	南町5-6-12	電話番号	今回 (予定)	5月19日
							042-439-4425

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)

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、居宅サービスセンター、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認定調査員に提出し、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

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

※ 裏面についてもご記入下さい

新規		被保険者番号	1000000001	
○ 訪問調査に同席する方 【あり・なし】		氏名	西東京 花子	
フリガナ	ニシトウキョウ タロウ	<input type="checkbox"/> 同居家族	続柄	住所(市区町村名まで)
同席者氏名	西東京 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 別居家族	長男	〇〇県△△市
電話番号	携帯090(1111)1111			

○ ご本人の心身の状態を調査する方
 例:膝の痛みがあり、外出時は杖を使っている。取
 同席者の【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。(原則、調査時の同席にご協力をお願いします)

食事やトイレは自分でできるが、お金や大事なものをどこにしまったか忘れて家族を巻き込んで探すことがある。
 難聴があるので、電話の声が聞き取れないことがある。

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

2週間を目安に、都合の良い日時を記入してください

調査希望日	<input checked="" type="checkbox"/> あり(月曜以外)	<input type="checkbox"/> 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 難聴のため大きな声で調査してください	

○ 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 シェア

本人の前では話せないことがあれば記入してください

自宅以外の場合	名称(家族等の氏名)	電話番号
	住所	~ 年 月 日 予定
	期間	該当箇所にチェックをしてください

○ 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 ()

○ 介護保険で利用を希望されるサービスを記入してください

予防給付サービス 介護給付サービス

○ 在宅サービス

- (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)
- (介護予防)訪問入浴介護
- (介護予防)訪問看護
- (介護予防)訪問リハビリテーション
- (介護予防)居宅療養管理指導
- (介護予防)通所介護(デイサービス)
- (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)
- (介護予防)短期入所生活介護(特養等)
- (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)
- (介護予防)特定施設入居者生活介護

○ 施設サービス

- 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- 介護老人保健施設(老人保健施設)
- 介護療養型医療施設
- 介護医療院

(介護予防)福祉用具貸与
 特定(介護予防)福祉用具販売
 住宅改修
 夜間対応型訪問介護
 地域密着型特定施設入居者生活介護
 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 (介護予防)認知症対応型通所介護
 (介護予防)小規模多機能型居宅介護
 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)

※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	<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()