

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 7 年 5 月 1 日

被 保 険 者	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	別紙の記入例を参考に、 加入の医療保険につい て記入してください。												
	被保険者証	記号											枝番		
	フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ													
	氏 名	西東京 花子													
	住 所	〒 202-0013 中町1-5-1													
	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	6 年 7 月 1 日 から 7 年 6 月 30 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 〇〇病院 南町5-6														
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、一か所のみ記 入してください。	年 月 日														
有・無	令和〇年〇月〇〇日														

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	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)			
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市□□町1-5-1			
申請者住所	電話番号 042-420-2816			

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5-6-1	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。		今回 (予定)	5月19日	

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。

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

受付	印字	入力	本人確認

(R7.5.1)

更新

→ ☒同席なし ☐同席あり※

1000000001

西東京 花子

住所(市区町村名まで)

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。

日程調整 連絡先	☐ 本人 ☐ 同席者と同じ ☒ その他(本人との関係: 病棟看護師 氏名:)				
	① (042 - 439 - 4425) ② (- -)				

□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。**

現在利用中のサービス	☐ 利用していない（更新の理由： サービス利用予定あり ・ 今後のために更新したい ・ その他）
該当箇所にチェック 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（ ）
	☐ 施設入所中

現在までの経緯	☐ 状態の変化なし ☐ 状態改善 ☒ 状態悪化 (記入例:5年ぐらい前から膝に痛みがあるため、階段の上り下りがつらい。)
本人の状態・世帯状況	独居。○月△日より脳梗塞で○○病院に入院中。○○日よりリハビリを開始し、現在は
排泄・入浴等必要な支援・認知症状	歩行器を使用して移動している。認知症があり日々の生活に介助者の支援を要する。
	糖尿病の既往あり。
	現在までの経緯・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記入してください。
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 ☐ 寝たきり ☐ 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_____)

現在までの経緯・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
れば記入してください。

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 ○○病院		自宅以外にお住まいの方は どこにお住まいなのか記入 してください。
	・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)			

自宅以外にお住まいの方は
どこにお住まいなのか記入
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(_____) 電話番号(_____) 所在地(_____)
---------	---

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。

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。

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 ()

以下市処理欄(記入しないでください)

提出者	☐	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(夫婦 ・ 兄弟姉妹 ・ 親子 ・ その他)