

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 7 年 5 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	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					
被 保 険 者	フリガナ	ニシトウキョウ ハナコ										生年月日	明・大昭和 元 年 1 月 1 日								
	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								
	※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	年 月 日									
	医療機関等の名称等・所在地										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。										
	有 無	〇〇病院 南町5-6										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○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 申請をされる方のお名前や ご住所を記入してください。																				
申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇 〇〇県△△市□□町1-5-1										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	〒 西東京市南										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																
																														439-4425									

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。

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)

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		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。		西東京 花子	
フリガナ	ニシトウキョウ タロウ			住所(市区町村名まで)	
同席者氏名	西東京 太郎			どの関係 ☒ 別居家族 ☐ その他	長男 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を

☐ 特になし(いつでも良い)	都合の悪い日時⇒(月曜日の午前中)
---------------------------------------	---------------------

○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	☐ 医師等から申請をすすめられ、 ☒ けがや病気により、 ☐ その他()	該当箇所にチェックをしてください。 右大腿骨骨折 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・世帯状況 排泄・入浴等必要な支援・認知症状	(例: 〇月〇日、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。) 〇月〇日、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。 移動時は車いすを使用し、排泄に看護師の介助を要する。 物忘れのことは本人のいないところで話したい。 入院前は子どもの支援を受けつつ独居で生活していた。 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) 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 〇〇病院 ・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)	
調査に伺う場所	☐ 現在の生活場所と同じ ☒ その他⇒場所(自宅) 所在地(中町1-5-1)電話番号(042 - 439 - 4425)	

○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。

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()
施設サービス	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 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	☐ 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	☐ 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)
-----	--	----	--