

※ 市 記 入 欄	申請受理⇒入力				意見書依頼・受理				滞納状況		宛名管理		
	受理	扱者	入力	扱者	依頼日	扱者	受理日	扱者	予定日	扱者	有・無	入力日	入力者
	／		／		／		／		／		無	／	
	<input type="checkbox"/> 渡す <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 済				調査		審査会		開示				
予定日・時間・訪問先				調整者	調査員入力	調査終了	読み込み	内容確認	予定日	扱者	開示日	事業者	
／									／		／		
自宅・施設・病院・その他													

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

申請日 令和 年 月 日

申請先) 東村山市長 以下のとおり申請します。

※申請日は、市が受理した日となります。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	現在の要介護状態区分	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
	<input type="checkbox"/> 更新	認定期間	年 月 日から	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 区分変更・要支援者要介護新規申請	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)		
	上記申請の理由		はい・いいえ	「はい」の場合、申請日 年 月 日

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	フリガナ		連絡先	()
	<input type="checkbox"/> 親族等	申請者氏名			
	関係	住所			
	<input type="checkbox"/> 提出代行業者			印 電話番号	()

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		
		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	(歳)
	氏名		性別	男	女
	住所		〒	電話番号	()
	調査希望場所 住所と異なる場合のみ記入		施設種別等	その他 ()	介護保険施設

主治医	医療機関名称	直近の受診日	年 月 頃
	診療科目	意見書を記載した医師が左記の主治医と異なる場合 <input type="checkbox"/> 確認の連絡が必要 (必要な際のみチェックしてください)	
	フリガナ		
	主治医氏名		
所在地	電話番号 ()		

※ 2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者) 医療保険証の写しを添付してください

特定疾病名	
-------	--

同意書	
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東村山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。	
本人氏名	代筆者氏名

要介護認定申請時間診表

1. 訪問調査について

被保険者氏名

同席者の有無	<input type="checkbox"/> 同席する ※日程調整の為に後日確認の連絡をします。				
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	<input type="checkbox"/> その他		本人との関係		
	フリガナ			連絡先	()
	氏名			()	
<input type="checkbox"/> 同席しない					
ご希望の時間等					
留意事項					

2. 郵送物について（各通知の送付先をお選びください）

<input type="checkbox"/> 資格・保険料関係（被保険者証、保険料決定通知など） <input type="checkbox"/> 認定関係（認定結果通知、更新勧奨通知など） <input type="checkbox"/> 給付関係（高額介護サービス費など）			
受取人氏名		本人との関係	
受取人住所	〒		
	電話番号 ()		

※ 今後の通知は上記転送先に送付されます。送付先を変更する際には改めて届出を提出する必要があります。

3. 心身の状況

心身の状況	介護を要する原因となった傷病名			認知症の有無	有・無
	療養上必要な医療処置の有無	有・無	点滴・中心静脈栄養・透析・人工肛門・酸素療法・人工呼吸器 気管切開・経管栄養・じょく創の処置・留置カテーテル その他 ()		

4. 現在受けている在宅サービスをチェックし、サービス事業者名、利用頻度を記入して下さい。

サービスの種類	サービス事業者名	頻度
<input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)支援	(介護支援専門員名)	
<input type="checkbox"/> 訪問介護・訪問型サービス		月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護		月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護		月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション		月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導		月 回
<input type="checkbox"/> 通所介護・通所型サービス	月 回	(介護予防)通所リハビリテーション 月 回
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護	月 日	(介護予防)短期入所療養介護 月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与・特定福祉用具販売 (過去に購入又は現在貸与している品目)		
<input type="checkbox"/> 住宅改修 (過去に改修した箇所)		
<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護		月 日
<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護		月 日
<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問看護		
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護		
<input type="checkbox"/> その他の介護保険給付		
<input type="checkbox"/> 介護保険給付以外の在宅サービス		