

介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定区分変更 申請書

東大和市長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 8 年 4 月 1 日

介護保険 被保険者証	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号										
	医療保険 被保険者証	記号		番号		枝番															
フリガナ	ヒガシヤマト ハナコ										生年月日	昭和 20 年 10 月 15 日									
氏名	東大和 花子										性別	女									
住所	〒 207-8585 東大和市中心 3-930										電話番号	042-563-2111									
前回の要介護認定の結果等	有効期	変更申請の理由は必ず記入してください。										要支援状態区分	令和 10 年 11 月 30 日								
変更申請の理由	例) ADL低下のため ※できるだけ具体的に記入してください。																				
過去6か月の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	〒										期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
	介護保険施設等の名称等・所在地	〒										期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
	医療機関等の名称等・所在地	〒										期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
有・無	医療機関	入院又は入所されている場合は、「有」に○をつけて、介護保険施設や医療機関等の名称等・所在地、入院入所の期間を記入してください。										年 月 日	年 月 日								

提出代行者	名称	提出される方の名前・電話番号を名称の欄に記入してください。																		
	住所	〒										主治医の氏名・医療機関名は必ず記入してください。								
主治医	主治医の氏名	東 大 和										医療機関名	◎◎病院							
	所在地	〒 207-8585 東大和市中心 9-930										電話番号	042-563-2111							

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病	65歳未満で介護認定申請をする場合は、特定疾病の名称を必ず記入してください。																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス事業者又は居宅サービス事業者若しくは認定調査同意の場合

本人氏名を記入してください。代筆者がいる場合は、代筆者氏名と本人との関係を記入してください。

要介護認定を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービスを、東大和市から高齢者ほっと支援センター（地域包括支援センター）サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又情報基盤経由で電子的に行う場合も含む。）ことに同意します。

氏名	東大和 花子																				
代筆者氏名	東大和 春子										本人との関係	(長女)									

被保険者氏名	被保険者番号	生年月日（和暦で記載）	現在の介護度	連絡票記入者名・続柄
東大和 花子	123456	S 1 年 1 月 1 日	要介護2	東大和 太郎（夫）

1.代表連絡先について

（1）この申請に対して、確認事項がある際のご連絡先をご指定ください。

フリガナ

ヒガシヤマト タロウ

氏名

東大和 太郎

被保険者との続柄 夫

※平日昼間に連絡の取れる番号を記入してください。

電話番号①

042-XXXX-XXXX

電話番号②

080-XXXX-XXXX

利用中・利用予定サービスに✓

- デイサービス 福祉用具
 ホームヘルパー 訪問入浴
（通所・訪問）リハビリテーション
 住宅改修 訪問看護
 医師・薬剤師等の訪問
 その他（ ）

2.訪問調査

調査立会
ただし

立会いの有無は必ずチェックしてください。
 病院・施設での調査の場合は立会いは原則不要です。

前1週間のご様子を主に伺います。

立会いあり

立ち会われる方の連絡先等をご記入ください。

ご指定いただいた方へ、ご自宅での認定調査日程調整の連絡を
 いたします。入所施設の方の立会い者についても下欄にご記入ください。

1.代表連絡先と同じその他連絡先（詳細を下欄に記入）

フリガナ

ヒガシヤマト ジロウ

氏名

東大和 次郎

被保険者との続柄

長男

電話番号

090-XXXX-XXXX

立会いなし

調査後の聞き取り希望について

希望する 希望しない

希望される場合の連絡先

1.代表連絡先と同じその他連絡先（詳細を下欄に記入）

フリガナ

氏名

被保険者との続柄

電話番号

3.訪問調査実施場所について

（1）調査実施場所について記入してください。（該当の□に✓）

実施場所は、調査日前1週間、被保険者が生活される場所を選択してください。入院予定等で生活場所が複数
 想定される場合は、複数選択のうえ、お分かりになる範囲での入院・入所期間を記入してください。

① 自宅（住所）

東大和市中中央3-930

② 入院中（予定）の病院（入院期間）③ 入所中（予定）の施設（入所期間）

1月下旬にショートステイ利用予定あり。期間未定。

④ その他（家族宅等）

（2）調査実施場所が②③④の場合、住所等の詳細を下欄に記入してください。

病院名・施設名・家族名等

未定

（病棟 階）

所在地

病院調査の場合、病院名・病
 棟・入院開始日は必ず記入し
 てください。

（3）入院・入所中の方で、転院・転所もしくは自宅へ戻る予定がある場合は、転院・転所の日を記入してください。

転院・退院（予定）日

転院・転所先病院・施設名

（病棟 階）

所在地

現在治療中の病気や怪我・既往歴をできる
 だけ記入してください。

4.被保険者の現在の状況、訪問調査に伺う際

（1）ひとり暮らし 夫婦のみ その他

（2）現在治療中の病気・怪我

（ R7.12 自宅前で転倒し骨折。以前より認知症の診断も受けている。 ）

（3）調査時の留意事項について、該当する項目すべてに✓をつけてください。

認知症の症状がある（具体的症状）終末期等のため調査を急いでほしい（状況詳細）病名を本人に告げていないので配慮してほしい筆談で聴取してもらいたい本人のいない場所で聞き取りをしてほしい同時申請者あり（氏名）

※そのほか、調査員に事前に知らせておきたいことがあれば記入してください。

5.認定調査実施時間のご案内

認定調査は平日のみ実施しています。所

ここは市が記入します。何も記
 入しないでください。

連絡は、順番に市から連絡を差し上げますが、

ご都合がつくお日にちが限られている方は、東大和市介護保険課 介護認定係（TEL 042-563-2111）までご連絡ください。

有効認定期限

年

月

過去調査

（

/

/

調査日時

/

（

）

:

:

委託先/調査員