|  |  |
| --- | --- |
| 要介護(要支援)認定申請書 調査用補票 | 申請日　　月　　日　 |

○ 被保険者（申請をされるご本人）　**〈必 須〉**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | フリガナ | 被保険者番号（ピンク色の介護保険証） |  |
| 氏　　名 |
| 現在の介護度（更新・区変の場合） | 事業対象者　支1　支2　 |
| 申請の種類 | 新 規　・　更 新　・　区分変更［ 改善・悪化 ］ | 介1　介2　介3　介4　介5 |

○ 介護認定の調査のため調査員がご自宅（施設等）に伺いますので、必ず状態の判る方の立ち会いをお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **〈 必 須 〉**届出人今日窓口に見えた方 | 住　　所　□ 被保険者と同じ | 〒 |
| フリガナ | 被保険者との関係 |  | 連 絡 先電話番号 | 自宅 |
| 氏　　名 | 携帯 |
| **〈 必 須 〉**認定調査時立会人氏名 | フリガナ | 被保険者との関係 |  | 連 絡 先電話番号 | 自宅 |
| 氏　　名 | 携帯 |
| 施設職員等の立会い：調査後の家族への報告　不要・要　→　 | 要の場合（必須）家族氏名：　　　　　　　　　関係：　　　　　電話番号： |
| 調査希望日・電話に出やすい時間帯※調査は平日の日中です。ご希望に沿えない場合があります | 電話に出やすい時間帯：　　調査希望日： |

○ 介護を受ける方のご様子（更新・区変の方は前回からの変化のご様子）をできるだけ詳しく教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| **〈 必 須 〉**被保険者の状　　態 | □独居 □夫婦2人 □その他（　 　　　　　　　　　） □入所・入院中 ⇒ 下記、調査場所へ詳細を記入 |
| ● 申請の経緯（ 病名：　　　　　　　　　　　　　 　　　　　, 既往歴：　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |
|  |
| ※手術予定　有・無（予定日　　　　） |
| ● 現在の心身の状態・サービスの利用状況 |
| ● 今後のサービス利用希望 | ※生きデイの利用　有・無　 |
| **〈 必 須 〉**認知症の症状、兆候 | あ り な し・不 明 | 主な症状を記入 |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医の確認 | **□ 連絡済み**主治医への事前連絡が必要です。 |  | ケアマネへの連絡 | **□ 連絡済み**区変の場合、ケアマネへの連絡（調整）が必要です。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調 査 場 所 | **□** 自宅 **□** 自宅以外（施設・病院・子の自宅等） | 施設等名称：　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　, 施設等確認者名：入所・入院日：　　　年　　　月　　　日 , 入院期間： 未定・　　　 頃まで・日間退院・転院予定：　有・無　⇒ 自宅・施設等名称：　　　　　　　 ,　　月 　日頃 |
| 駐車場の状況 | 軽自動車１台分の確保をお願いします | あ り ・ な し | 駐車場がない場合の対応 |

〈以下、事務局記入欄〉

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調 査 日 時 | 月　　 日（　　 曜日） | 午前 ・ 午後　　時　　分～ | 調査日時を決めた日／ | 前日の連絡要　・　不要 |
| 調　査　員 | 市役所　　　　　　　［委託　　　　　　　　　］ | 資格者証 | 発 行 済　・　未 発 行 |
| 過去の調査員 | 前　回　　　　　　　［前々回　　　　　　　　］ | 被保険者証 | 回　　収　・　未 回 収 |
| 備　考　欄 |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理の 確 認 | 窓口担当 | ファイル処理 |  | 納付状況の 確 認 | 現 年 度 | 過 年 度 |
|  |  |  |  |