

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)	事業対象者 支1 支2
	氏名		
申請の種類	新規・ 更新 ・区分変更	現在の介護度 (更新・区変の場合)	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。

届出人氏名 〔今日窓口に 見た方〕	フリガナ	被保険者 との関係	連絡先 電話番号	自宅
	氏名 ※事業所名と 担当者名を忘れずに記入			携帯
〈必須〉 認定調査時 立会人氏名	フリガナ	被 保 者 と の 関 係	連 絡 先 電 話 番 号	自宅
	氏名			携帯
電話に出やすい時間帯 ・ 調査の希望日				

提出前に
今一度、確認し
てください。

○ 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	・被保険者のお体の具合、最近の入院（通院）等の状況、居住の状況（独居、老々世帯）、 主治医からの連絡、利用しているケアマネジャーからの連絡、デイサービス等の利用状況（曜日）など		
	※直近の状況と生活に支障が出ている病状や障害等を記載。 本人の性格や家族状況で事前に知っておいたほうがよい情報。		
	例) 妻と長男の三人暮らし。令和〇年〇月自宅で転倒し、骨折。〇〇病院へ入院。 ADLの状況：移動、排せつ、食事 等 既往歴：高血圧症、糖尿病、狭心症 介護サービス利用状況：通所介護週3回（月・水・金）福祉用具貸与（ベッド脇すり、車イス） 家族：妻は高齢であり、本人の状況をうまく伝えられない可能性あり。 家族への聞き取りは本人のいない場所をお願いします。排泄面の聞き取りは本人へ聞き取りはしない ください。 ※生きデイの利用 有・無		
	〈必須〉 認知症の 症状、兆候	ない ある	⇒ ある場合、思い当たること記入 <input type="checkbox"/> 症状を把握していない or 確認できず 幻視・幻聴。物盗られた妄想。介護の抵抗あり。

主治医の確認	連絡済み <input type="checkbox"/>	※ 主治医への事前連絡が必要です。 未連絡の場合、申請を受け付けることはできません。
ケアマネの連絡	連絡済み <input type="checkbox"/>	※ 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・施設等 [施設名 ※一時的に自宅以外にお住まいで、調査先が住所と異なる場合は施設欄に記入してください。]	施設等 確認者名
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 /	前日の事前連絡 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