

# 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 介1 介2 介3 介4 介5
	氏名		
申請の種類	新規・更新・区分変更 [改善・悪化]	現在の介護度 (更新・区変の場合)	

○ 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。

<b>〈必須〉</b> 届出人 (今日窓口に 見た方)	住所 〒	被保険者 との関係	連絡先 電話番号	自宅
	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ			携帯
<b>〈必須〉</b> 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
電話に出やすい時間帯・調査希望日 ※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。				

○ 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。

<b>〈必須〉</b> 被保険者 の 状 態	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 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: )	
	● 現在の心身の状態・サービスの利用状況 ※手術予定 有・無 (予定日 )	
	● 今後のサービス利用希望 ※生きデイの利用 有・無	
<b>〈必須〉</b> 認知症の 症状、兆候	あり  主な症状を記入	
	なし・不明	

主治医の確認	<input type="checkbox"/> <b>連絡済み</b> 主治医への事前連絡が必要です。	ケアマネ への連絡	<input type="checkbox"/> <b>連絡済み</b> 区変の場合、ケアマネへの連絡 (調整) が必要です。
--------	---	--------------	--

調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 (施設・病院・子の自宅等)	
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