

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 介1 介2 介3 介4 介5
申請の種類	新規・更新・区分変更 [改善・悪化]		

○ 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 〒 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ				連絡先 電話番号
	フリガナ 氏名 ※事業所名と担当者名を 忘れずに記入	被保険者 との関係			
〈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
	氏名				自宅 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。					

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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人 <input type="checkbox"/> 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: 例) 左大腿骨骨折、心臓 等 , 既往歴: 例) 高血圧症、糖尿病、狭心症 等) ※ 「申請経緯」や「直近の状況と生活に支障が出ている病状や障害」等を記入。また、「本人の性格や家族状況で事前に知らせたい情報」があれば記入	
	例) 令和4年12月15日譫妄性肺炎で〇〇病院入院。退院日未定。入院後、認知症状が急激に進み、日中の独居 生活は困難とみられるため、区分変更申請を希望。 ※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 ※ ADLの状況: 移動、排せつ、食事等 及び 現在のサービス利用状況を記入 例) 杖歩行、入浴は見守りが必要。入院前は、週1回デイサービス利用。 ● 今後のサービス利用希望 例) デイケア、訪問介護の利用希望あり ※生きデイの利用 有・無	
〈必須〉 認知症の 症状、兆候	<input checked="" type="checkbox"/> あり → 主な症状を記入	
	<input type="checkbox"/> なし・不明	例) 幻視・幻聴。物盗られ妄想。介護抵抗あり。

主治医の確認	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅	施設等名称: 〇〇病院 , 施設等確認者名: 入所・入院日: R4年12月15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	<input checked="" type="checkbox"/> 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