

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 | | |
| 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) | 事業対象者 支1 支2 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 〒 | 被保険者との関係 | 連絡先 電話番号 | 携帯 |
| | <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ | | | |
| 〈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 携帯 |
| | 氏名 | | | |
| 施設職員等の立会い：調査後の家族への報告 不要・ <input checked="" type="checkbox"/> 要 → | | 要の場合（必須） ※忘れずに記入 家族氏名：○○○○ 関係：妻 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： | | |

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・区変の場合） **「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**

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 〈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 ● 申請の経緯（病名：例）誤嚥性肺炎、認知症、既往歴：例）高血圧症、糖尿病 例）令和5年12月15日誤嚥性肺炎で○○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・ <input type="checkbox"/> 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(水曜日)にデイサービス利用。 ● 今後のサービス利用希望 例）訪問介護の利用希望あり ※生きデイの利用 有・ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 〈必須〉 認知症の 症状、兆候 | <input checked="" type="checkbox"/> あり → 主な症状を記入 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 checked="" 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 checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 → (施設・病院・子の自宅等) 施設等名称：○○病院, 施設等確認者名：○○さん 入所・入院日：R5 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 |
| 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 駐車場の無い場合の対応 |

〈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 |
| | | | | | |