

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 見た方)	住所 〒 <input type="checkbox"/> 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 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 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・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	<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)	
〈必須〉 認知症の 症状、兆候	あり 主な症状を記入	
	なし・不明	
		● 今後のサービス利用希望 ※生きデイの利用 有・無

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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