

# 介護保険認定申請確認票

申請区分 ( 新規 ・ 更新 ・ 区分変更 )

※申請にあたり必ず必要な書類です。必ず全てお書きください。

該当する項目を記入及び〇で囲んでください。

## 1. 基本情報

受付日	令和 年 月 日 ( )	
対象者氏名	(大正・昭和 年 月 日生)	
申請者	(フリガナ) 氏名	続柄 〒 住所 電話番号
世帯状況	独居 ・ 夫婦のみ ・ 親族と同居 ・ その他 ( )	

## 2. 申請理由 (複数回答可)

生活に支障が出ている

具体的に :

医師・看護師の勧め

家族・知人の勧め

交通事故 (事故を起こした・事故に巻き込まれた)

入院した

入院理由 :

手術予定【なし ・ あり (手術日 年 月 日)】

更新

その他

※区分変更申請のかたのみ

→ 状態の ( 悪化 ・ 改善 ・ 不服 )

## 3. 利用したいサービスについて (複数回答可)

訪問型サービス (掃除・買い物・調理・入浴・看護・リハビリ・その他)

通所型サービス (運動やリハビリ・他者との交流・外出機会の確保・その他)

短期入所 (ショートステイ)

施設入所 (特養・老健・グループホーム・その他)

住宅改修

福祉用具の貸与・購入

決まっていないが、今後の状況を見て考えたい。

サービスを利用する予定はない。

#### 4. 訪問調査について

調査の場所 (現在、被 保険者が居 住してい る 場所)	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地と同じ	
	<input type="checkbox"/> その他 (病院・施設・親族宅・他)	
	住所	〒
	病院・施設名	
電話番号	病棟・階	
調査時の 同席者	<input type="checkbox"/> 同席なし	
	<input type="checkbox"/> 同席あり (フリガナ) 氏名	
	電話番号	続柄
調査日程調 整の連絡先	<input type="checkbox"/> 調査時の同席者と同じ	
	<input type="checkbox"/> その他 (フリガナ) 氏名	
	電話番号	続柄

#### 5. 訪問調査の希望・について

※曜日指定のほか、時間帯等の希望や電話連絡希望時間 (8:45~12:00、13:00~17:00) がございましたら、その他にご記入ください。

市調査については、月～金曜日、最終調査開始時間は、15:00になります。

調査希望曜日 (複数選択可)
いつでも可・月・火・水・木・金・曜日の指定はない
調査前に伝えたいこと (複数選択可)
がん末期・筆談希望・健康調査希望 (介護認定調査ということを本人には伝えず調査)・調査後の別室での聞き取り希望
その他:

#### 6. 自宅・調査場所付近の駐車スペースの有無

<input type="checkbox"/> 自宅・調査先の駐車場または敷地内
<input type="checkbox"/> 自宅・調査先の前または横に寄せて路上に駐車
<input type="checkbox"/> 近隣のコインパーキング
<input type="checkbox"/> その他 ( )