

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○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）

<input type="checkbox"/> 生活に支障が出ている 具体的に：
<input type="checkbox"/> 医師・看護師の勧め
<input type="checkbox"/> 家族・知人の勧め
<input type="checkbox"/> 交通事故（事故を起こした・事故に巻き込まれた）
<input type="checkbox"/> 入院した 入院理由：
手術予定【 なし ・ あり （手術日 年 月 日）】
<input type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 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）

<input type="checkbox"/> 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）
<input type="checkbox"/> 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）
<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）
<input type="checkbox"/> 施設入所（特養・老健・グループホーム・その他）
<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入
<input type="checkbox"/> 決まっていないが、今後の状況を見て考えたい。
<input type="checkbox"/> 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		続柄	
	電話番号			
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		続柄	
	電話番号			

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 ()