

記入例

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	令和〇年〇月〇日 (月)		
対象者氏名	佐倉 太郎 (大正・昭和〇年〇月〇日生)		
申請者	(フリガナ) 氏名	サクラ ハナコ 佐倉 花子	続柄 妻
	住所	〒 285 - 0013 佐倉市海隣寺町 9 7 番地	
	電話番号	043 - 484 - 1771	
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 : 交通事故を起こし、右大腿骨を骨折したため。

手術予定 【 なし · **あり** (手術日 令和〇年〇月〇日)】

- 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。

複数希望がある場合は、該当の項目
全てに〇をつけてください。

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 checked="" type="checkbox"/> その他 (病院・施設・親族宅・他) 住所 〒 XXX - XXXX 佐倉市○○ △ - △ - △		
	病院・施設名	△△病院	
	電話番号	XXX-XXX-XXXX	病棟・階
調査時の同席者	<input type="checkbox"/> 同席なし		
	<input checked="" type="checkbox"/> 同席あり (フリガナ) サクラ ハナコ 氏名 佐倉 花子		続柄 妻
	電話番号	XXX-XXXX-XXXX	
調査日程調整の連絡先	<input checked="" 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 火 ・ 水 ・ <input checked="" type="radio"/> 木 ・ 金
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 ず調査) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 調査後の別室での聞き取り希望
その他 : 火曜日は 10：00～12：00、木曜日は終日可能。 本人が、できないこともできると言ってしまうが否定すると怒るため、調査中は話を合わせて、調査後別場所での聞き取りを希望。

希望曜日内でも時間指定がある場合
や伝えておきたいことがある場合は
その他にご記入ください。

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 checked="" type="checkbox"/> その他 (自宅向かって右隣りの空地が、親戚の駐車場のため、そこに駐車)

①～③以外の方は、分かる範囲で、詳しくご記入ください。