

本人氏名 (代筆者)

要介護認定申請確認票

窓口担当者:

本人氏名:

①認定調査の日程調整に関する連絡先

調査に立ち会う方	フリガナ		被保険者との関係	
	氏名			
調査日程の連絡先	1	()	—	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先
	2	()	—	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先
	3	()	—	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先
メールアドレス				
調査場所	自宅 ・ 自宅以外()			
調査員の駐車場所	無 ・ 有(場所:)			
調査希望日 (希望の曜日全てに○をつける)	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ※原則平日の午前中に伺います。 その他備考:()			
特に注意してほしいこと (当てはまるものに✓)	☐ 別室で立ち合い者に聞き取りをしてほしい(認知症状・精神症状など) ☐ 本人へ未告知の病名がある(病名:) ☐ 「介護認定調査」ではなく「健康調査」などの名目で来てほしい ☐ 本人へは筆談等が必要 ☐ その他()			

②ご本人について

申請の理由 (初めて申請する方のみ記入)			
本人の状態	☐ 独居 ☐ 認知症がある ☐ 障害がある(手帳有・手帳無し)		
現在治療中の病気	病名:	状態:	
入院中の方	入院日	年 月 日	➡退院後の予定 ☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 未定
	退院予定日	年 月 日	

③サービス利用状況

サービスの種類(在宅のみ)	事業所名	利用曜日
☐ 訪問介護(ホームヘルプ)		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
☐ 訪問入浴介護		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
☐ 訪問看護		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
☐ 訪問リハビリテーション		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
☐ 通所介護(デイサービス)		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
☐ 通所リハビリテーション(デイケア)		月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
☐ 短期入所(ショートステイ)		月 日 ~ 月 日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日
☐ 住宅改修 ・ 福祉用具貸与 ・ その他()		

④第三者行為(交通事故等)

事故発生日	年 月 日	示談(有・無)	年 月 日
-------	-------	---------	-------

⑤注意事項

- ★医療機関に入院中の方の認定申請については、以下の状況を目安にご申請をお願いします。
 - ・退院まで概ね1か月程度である。
 - ・本人の状態が安定し、退院後の方向性(施設入所、在宅での介護サービス導入)が概ね決まっている。
- ★認定調査について、市から委託した事業所の調査員が連絡・訪問する場合があります。