

記入例

① 家族連絡先	① 申請者に同じ		② 担当ケアマネージャー 氏名
	氏名 (続柄)	住所 〒 - 電話番号 - -	

③ 新規申請の方 利用したい介護サービスは何ですか	要介護認定を必要とする主な病氣・疾患	(例) 認知症、脳梗塞、骨折、癌 など
	④ 更新・変更申請の方	① <input checked="" type="checkbox"/> 在宅でのサービス <input checked="" type="checkbox"/> 通所(デイサービス等) <input type="checkbox"/> 訪問(ヘルパー等) <input type="checkbox"/> 福祉用具(貸与・販売) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他()
		② <input type="checkbox"/> 施設への入所
	申請の理由	【変更申請】 前回の介護認定時から身体等の状況が変わった点を記載してください。 (例) 一人で歩行ができていたが、状態が悪くなり介助(支え)がないと歩行できなくなった。 変更申請の場合は必ず記載してください。
④ 更新・変更申請の方	【更新・変更申請】 現在ご利用中の介護サービスの内容や利用回数について教えてください。 現在の利用状況を記載してください。	

⑤ 本人について	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所
	調査時に配慮してほしいことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合は記載してください。(例) 未告知の病名など本人の前で話づらいことがある 調査時に本人に特別に配慮することがあれば記載してください。
	歩行(室内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> 大きめの声かけ <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話通訳)

⑥ 調査場所	本人自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 入院している病院 または 入所している施設 <input type="checkbox"/>			
	名称	電話番号	-	-
	住所 〒 -			
⑦ 調査日時を調整する方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族連絡先			
	<input type="checkbox"/> その他(氏名 続柄) 日中連絡が取れる電話番号 - -			
⑧ 調査に立会いされる方 (※本人に認知症状がある場合は立会いをお願いします。)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族連絡先 <input type="checkbox"/> 立会い者なし			
	<input type="checkbox"/> その他(氏名 続柄) 日中連絡が取れる電話番号 - -			
⑨				

医療保険サービス(訪問看護・リハビリ)や障害福祉サービスを利用中の人は回答してください。
 事業者介護認定申請することを相談しましたか。 相談済み 相談していない → 介護認定を受けると利用中のサービスが利用できなくなる場合があります。必ず事業者を確認してください。

⑩★	現在、仕事上の傷病等から介護補償給付(労災など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	介護保険サービスが必要な身体状態になった原因は、交通事故等(第三者行為)によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

①家族連絡先

申請内容について確認が取れる家族の連絡先を記入してください。表面に記載した申請者と同じ場合は、「申請者に同じ」を選択してください。

②担当ケアマネージャー

更新申請の場合など、担当ケアマネージャーが決まっている人は記入してください。

③新規申請の方

今後利用したい介護サービスを選択してください。

④更新申請・変更申請の方

変更申請の方は、前回の介護認定時から身体等の状況が変わった点について、**必ず**記入してください。更新申請・変更申請の方は、現在ご利用中の介護サービスの内容や利用回数について記入してください。

⑤本人について

調査時に本人に特別に配慮することがあれば記載してください。
 場合によっては、調査時の立会いや調査後の聞き取り等にご協力をお願いすることがあります。

※認知症状
 認知症等で意思疎通が困難である等、調査に支障がある場合は「有」を選択し、具体的な症状を記入してください。

※聴覚障害
 聴覚に障がいをお持ちである等、会話に支障がある場合は、「有」を選択し、「大きめの声かけ」「筆談」「手話通訳」のいずれかご希望の方法を選択してください。

⑥調査場所

調査場所が自宅と異なる場合は、調査場所を記載してください。

⑦調査日時を調整する方

調査日時を調整する方を記入してください。
 ※連絡が取れない場合、認定調査が遅れる場合があります。確実に連絡の取れる方を記入してください。

⑧調査に立会いされる方

調査に立会いされる方を記入してください。※本人に認知症状がある場合は立会いをお願いします。

⑨医療保険サービス(訪問看護・リハビリ)や障害福祉サービスを利用中の方

介護認定を受けると利用中のサービスが利用できなくなる場合があります。
 必ず事業者を確認して申請を行ってください。

⑩★の項目

該当がある場合は、別途、届出が必要となる場合があります。