

記載例

手続き及び認定調査を円滑に実施するためのものですので、必ずご記入ください。

要介護・要支援認定申請手続き

被保険者番号	00000	氏名	×× ××																		
個人番号 <small>※申請書に未記入の場合のみ</small>	<input type="checkbox"/> 紛失(不明)のため未記載 <input type="checkbox"/> 提示拒否																				
医療保険 <small>※申請書に未記入の場合のみ</small>	医療保険のマイナンバー連携 <input type="checkbox"/> 連携している <input type="checkbox"/> 連携していない 加入中の医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険																				
認定調査日	※都合のいい日→○ 都合の悪い日→× <table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td>×</td> <td>×</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ※空欄は○とします。 ※平日の日中に調査します。ご希望に添えない場合もあります。				月	火	水	木	金	午前	○	○				午後	×	×			
	月	火	水	木	金																
午前	○	○																			
午後	×	×																			
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 場所： 入院(入所)期間： その他：																				
希望サービス <small>※新規の場合のみ</small>	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 購入) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 検討中																				
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 単身家族同居 <input type="checkbox"/> その他()																				
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 少し耳が遠い(大きな声)																				
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(主な症状)																				
環境変化	ショートステイ、入退院、入院病棟の変更、転居等による環境変化が生じる予定はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 未定 (備考)																				
駐車スペース	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(駐車場所) <input type="checkbox"/> 不明																				
その他	※認定調査にあたり留意すべき事項等をご記入ください。(病状を本人に告知していない、調査時本人のいないところで聞いて欲しいことがある、本人が介護を拒否しており、介護認定の申請が困難な場合など) (備考)																				

被保険者様の被保険者番号及び氏名を記入してください。

申請書に個人番号が未記載である理由を選択してください。

加入中の医療保険について、マイナンバー連携の有無、加入している医療保険の種類を選択してください

表には都合のいい日、悪い日を○×で記入し、余白には、具体的に都合の悪い日等があれば記入してください。

調査場所を記入してください。自宅以外の場合は、詳細な場所等を記入してください。

新規申請の場合のみ、利用希望のサービスにチェックを入れてください。

以下の項目については、被保険者様の状況や状態について、該当項目にチェックを入れてください。

認定調査にあたり留意すべき事項や同居者に関して注意すべき事項等を具体的に記入してください。

※第2号被保険者(40歳~64歳)の方のみご記入下さい。

特定疾病の確認 特定疾病の原因は、事故または外傷によるものですか？ いいえ はい
(原因：)

生活保護の確認 生活保護を現在受給中ですか？ いいえ はい

ケアマネージャーさんへ：調査に同席されず、本人等が現在お使いのサービス等を把握されていない場合は欄外に内容の記載をお願いします。