

記入例

介護保険 要介護認定申請確認票

被保険者氏名： 野田 太郎

被保険者番号： 0000123456

記入者氏名： 野田 次郎

被保険者との関係： 長男

1. ご本人について

申請理由 (新規申請・ 区分変更 のみ)	<input type="checkbox"/> 医療機関からのすすめ <input type="checkbox"/> 家族・知人からのすすめ <input checked="" type="checkbox"/> ご病気があり日常生活において困っている (ご症状：関節リウマチ) <input type="checkbox"/> その他 ()
入院・入所の 有無	(1) 現在、入院中または入所中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (2) (1)で「はい」と答えた方のみ、記入してください。 病院(施設)名： _____ 病院(施設)電話番号： _____ 病棟： _____ 病棟 _____ 階 _____ 号室 _____ 入院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院理由： _____ 手術： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (手術「あり」の場合) 手術日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 手術内容： _____ 入院予定期間： <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1か月以内 <input type="checkbox"/> 2～3か月 <input type="checkbox"/> 未定 退院予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 認定調査について

認定調査場所	(1) あてはまるものにチェックを入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> その他 () (2) (1)で「家族宅」「その他」を選んだ方のみ、記入してください。 調査先住所： _____
駐車場の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 駐車場所： 自宅敷地内の駐車場 有の場合は具体的に駐車場所を、無の場合はコインパーキングの情報等 ありましたら記入してください。
調査不可の 曜日・日付等	火曜日・木曜日
認定調査立会人	立会人氏名：野田 次郎 (本人との関係：長男)
調査時、特に 気を付けて ほしいこと	<input checked="" type="checkbox"/> 別室等で立会人に聞き取りをしてほしい <input checked="" type="checkbox"/> 本人へ未告知のご症状があり、配慮してほしい (ご症状： 認知症) <input type="checkbox"/> 「介護保険認定調査」ではなく「健康調査」などの名目で来てほしい <input type="checkbox"/> 本人へは筆談等で対応してほしい <input type="checkbox"/> その他 ()

3. 連絡先について (日中、連絡できる番号を記入してください。)

連絡先 (優先1)	氏名： 野田 次郎 (本人との関係： 長男) 電話番号： 090-1234-5678 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先
連絡先 (優先2)	氏名： 野田 幸子 (本人との関係： 長女) 電話番号： 04-7123-4567 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先

以下、高齢者支援課記入欄

保険証回収 済 未 紛失認定調査日 確定済→調査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () : ~ _____ 調査員 調査保留→保留理由： _____

備考欄

受付者： _____	受領印
------------	-----