

介護保険（要介護（要支援）認定・要介護（要支援）更新認定・区分変更認定）申請書

申請年月日 **R8年 2月 1日**

**記入例(新規申請の場合)**

要介護度区分の変更

該当・非該当

被 保 険 者	被保険者番号	<b>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</b>	個人番号	<b>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</b>			
	医療保険	保険者名	<b>神奈川県後期高齢者医療広域連合</b>		保険者番号	<b>00000000</b>	
		被保険者 記号・番号	記号		番号	<b>00000000</b> 枝番	
	フリガナ	<b>アヤセ タロウ</b>		生年月日	明・大 <b>昭</b> 〇年 〇月 〇日		
	氏名	<b>綾瀬 太郎</b>		性別	<b>男</b> ・ 女		
	住所	〒252-1192 綾瀬市 <b>早川550番地</b> 電話番号 <b>0467-77-1111</b>					
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
		有効期間		年 月 日から		年 月 日まで	
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体（市町村）名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ（「はい」の場合、申請日 年 月 日）			
	入 院 又 は 入 所 さ れ て い る 方	施設名	<b>〇〇病院</b> (病棟 <b>5</b> 階 <b>555</b> 号室)				
所在地		〒 <b>111-1111</b> <b>〇〇市〇〇町1-1-1</b> 電話番号 <b>0000( 11 )2222</b>					
退院・退所予定日		年 月 日 / <b>未定</b>					

提 出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・その他介護(予防)サービス事業者) <b>綾瀬 花子</b> 被保険者との関係 ( <b>妻</b> )	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人) <b>綾瀬 太郎</b>
	住所	〒 <b>252-1192</b> <b>綾瀬市早川550番地</b> 電話番号 <b>0467 ( 77 ) 1111</b>	

主 治 医	主治医の氏名	<b>〇〇 〇〇 医師</b>	医療機関名	<b>〇〇病院</b>
	所在地	〒 <b>111-1111</b> <b>〇〇市〇〇町1-1-1</b> 電話番号 <b>0000( 11 )2222</b>		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、綾瀬市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、綾瀬市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 **綾瀬 太郎**

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

\* 40歳から64歳（第2号被保険者）の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

**認定調査連絡票** 【新規 区分変更( 月 日付) 更新 事業対象から要介護(支援)認定申請】  
 認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願いいたします。なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、綾瀬市または市が委託する事業所の認定調査員に対して提供します。

1 申請理由(複数選択可)							
区分変更の理由	※区分変更の場合のみ記載 (例: 歩行ができなくなった、認知症進行による家族負担増 等)						
	※何の介護サービスの増回等が必要なのか <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所						
きっかけ	<input type="checkbox"/> 本人が決めた <input type="checkbox"/> 家族が決めた <input type="checkbox"/> 介護関係の事業者の紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 病院に勧められた <b>医師</b> 看護師・相談員 ( ) <input type="checkbox"/> 知人の紹介						
困りごと	<input checked="" type="checkbox"/> 身体能力低下 (入浴、排泄、食事) <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力低下 (屋外・屋内) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担が大きい <input checked="" type="checkbox"/> 家事 (調理、買い物、掃除等) <input type="checkbox"/> 物忘れ等の認知機能低下 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 排泄に関すること <input type="checkbox"/> 物を隠す <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> その他 ( )						
介護が必要な理由	【交通事故該当: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (麻痺: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input checked="" type="checkbox"/> 骨折・転倒 <input type="checkbox"/> 認知症 ( <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型) <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> がん【ステージ (告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)】 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※上記はいつから: <b>R8年 1月 10日</b> 前回の受診日: 年 月 日 次回の受診日: 年 月 日						
2 調査等について							
病名	既往歴: <b>糖尿病、高血圧</b>			現病歴: <b>右腕・右足骨折</b>			
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
日常生活	歩行【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 (杖・柵まり・シルバーカー) <input type="checkbox"/> 介助 (車椅子・寝たきり)】 排泄【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 食事【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 入浴【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 衣服の着脱【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 同居家族【 <input type="checkbox"/> 要介護者 (氏名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 障害者 (身体・知的・精神) (氏名: <b>綾瀬 三郎</b> )】						
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	↓ ※入院 (所) 日 ( <b>R8年 1月 10日</b> )						
	病院名	<input checked="" type="checkbox"/> 表面医療機関と同様 /			病院		
	診断名・手術予定	<b>右腕・右足骨折</b>			/ <input checked="" type="checkbox"/> あり (時期: <b>R8年 1月 13日</b> ) <input type="checkbox"/> なし		
転院予定	<input checked="" type="checkbox"/> あり (時期: <b>R2年 2月中旬</b> ) → 転院先			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 病院			
調査日程の調整連絡先	ふりがな	<b>あやせ じろう</b>		続柄	* 平日の日中に連絡が取れる連絡先		
	氏名	<b>綾瀬 次郎</b>		長男	<b>000-0000-0000</b>		
	連絡のつきやすい曜日・時間帯: 月・火・水・木・金 / 時 分 ~ 時 分						
調査立会者	<input checked="" type="checkbox"/> 上記、調査日程の調整連絡先の方 <input type="checkbox"/> その他家族 (続柄: ) <input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー ( ) <input type="checkbox"/> 立会い者なし						
調査車両の駐車場所	敷地内 ( <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ※調査員の車を停める駐車場の有無について記入してください。 ※なしの場合、最寄り駐車可能場所 ( ※店舗等民間施設以外)						
3 要介護認定結果(申請から30日前後)が出る前の介護サービス利用について(新規、区分変更のみ)							
<input type="checkbox"/> 結果が出る前に、すぐにサービスが必要 (緊急な状態)				→ 地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所への相談 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
<input checked="" type="checkbox"/> 結果が出てからでよい <input type="checkbox"/> 必要時に利用する予定							
4 現在使っている介護サービスと新たに希望するサービス							
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> リハビリ (訪問・通所) <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ※現在使っている介護サービスには✓を、これから新たに希望するサービスには○をつけてください。							
5 現在利用しているサービスの利用の曜日							
利用サービス種類	月	火	水	木	金	土	日
<input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪問 (ヘルパー・看護) <input type="checkbox"/> ショート	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM
市記入欄							
<input type="checkbox"/> 被保険者証添付 <input type="checkbox"/> 再交付申請書添付 <input type="checkbox"/> 資格者証交付済 <input type="checkbox"/> 納付確認済 <input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり							

介護保険（要介護（要支援）認定・要介護（要支援）更新認定・区分変更認定）申請書

申請年月日 **R8年 2月 1日**

**記入例(更新申請の場合)**

要介護度区分の変更

該当・非該当

被 保 険 者	被保険者番号	<b>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</b>	個人番号	<b>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</b>		
	医療保険	保険者名	<b>神奈川県後期高齢者医療広域連合</b>		保険者番号	<b>00000000</b>
		被保険者 記号・番号	記号		番号	<b>00000000</b> 枝番
	フリガナ	<b>アヤセ タロウ</b>		生年月日	明・大 <b>昭</b> 〇年 〇月 〇日	
	氏名	<b>綾瀬 太郎</b>		性別	<b>男</b> ・ 女	
	住所	〒252-1192 綾瀬市 <b>早川550番地</b> 電話番号 <b>0467-77-1111</b>				
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 <b>2</b> 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
				有効期間	<b>R7年 3月 1日</b> から <b>R8年 3月 31日</b> まで	
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体（市町村）名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい・いいえ（「はい」の場合、申請日 年 月 日）		
	入 院 又 は 入 所 さ れ て い る 方	施設名	(病棟 階 号室)			
所在地		〒 電話番号 ( )				
退院・退所予定日		年 月 日 / 未定				

提 出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・その他介護(予防)サービス事業者) <b>綾瀬 次郎</b> 被保険者との関係 ( <b>長男</b> )	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人) <b>綾瀬 太郎</b>
	住所	〒 <b>252-1192</b> <b>綾瀬市早川550番地</b> 電話番号 <b>0467 ( 77 ) 1111</b>	

主 治 医	主治医の氏名	<b>〇〇 〇〇 医師</b>	医療機関名	<b>〇〇病院</b>
	所在地	〒 <b>111-1111</b> <b>〇〇市〇〇町1-1-1</b> 電話番号 <b>0000( 11 )2222</b>		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、綾瀬市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、綾瀬市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 **綾瀬 太郎**

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

\* 40歳から64歳（第2号被保険者）の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--



介護保険（要介護（要支援）認定・要介護（要支援）更新認定・区分変更認定）申請書

申請年月日 **R8年 3月 2日**

**記入例(区分変更の場合)**

要介護度区分の変更

**該当**・非該当

被 保 険 者	被保険者番号	<b>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</b>	個人番号	<b>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</b>		
	医療保険	保険者名	<b>神奈川県後期高齢者医療広域連合</b>		保険者番号	<b>00000000</b>
		被保険者 記号・番号	記号		番号	<b>00000000</b> 枝番
	フリガナ	<b>アヤセ タロウ</b>		生年月日	明・大 <b>昭</b> 〇年 〇月 〇日	
	氏名	<b>綾瀬 太郎</b>		性別	<b>男</b> ・ 女	
	住所	〒252-1192 綾瀬市 <b>早川550番地</b> 電話番号 <b>0467-77-1111</b>				
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 <b>3</b> 4 5	要支援状態区分 1 2	
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		有効期間	<b>R7年 3月 1日</b> から <b>R8年 3月 31日</b> まで	
	入院又は入所 されている方	施設名	<b>特別養護老人ホーム ☆☆</b> (病棟 階 号室)			
		所在地	〒111-1111 <b>〇〇市〇〇町1-1-1</b> 電話番号 <b>0000( 11 )2222</b>			
退院・退所予定日		年 月 日 / <b>未定</b>				

提出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・その他介護(予防)サービス事業者) <b>綾瀬 花子</b> 被保険者との関係 ( <b>妻</b> )	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人) <b>綾瀬 太郎</b>
	住所	〒 <b>252-1192</b> <b>綾瀬市早川550番地</b> 電話番号 <b>0467 ( 77 ) 1111</b>	

主治医	主治医の氏名	<b>〇〇 〇〇 医師</b>	医療機関名	<b>〇〇病院</b>
	所在地	〒111-1111 <b>〇〇市〇〇町1-1-1</b> 電話番号 <b>0000( 11 )2222</b>		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、綾瀬市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、綾瀬市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 **綾瀬 太郎**

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

\* 40歳から64歳（第2号被保険者）の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

**認定調査連絡票** 【新規 区分変更( 3月 2日付) 更新 事業対象から要介護(支援)認定申請】  
 認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願いいたします。なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、綾瀬市または市が委託する事業所の認定調査員に対して提供します。

<b>1 申請理由(複数選択可)</b>							
区分変更の理由	※区分変更の場合のみ記載 (例: 歩行ができなくなった、認知症進行による家族負担増 等) <b>認知機能の低下により、介護サービスの量が増加したため</b>						
	※何の介護サービスの増回等が必要なのか <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所						
きっかけ	<input type="checkbox"/> 本人が決めた <input type="checkbox"/> 家族が決めた <input type="checkbox"/> 介護関係の事業者の紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 病院に勧められた <b>医師</b> 看護師・相談員 ( ) <input type="checkbox"/> 知人の紹介						
困りごと	<input checked="" type="checkbox"/> 身体能力低下 (入浴、排泄、食事) <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力低下 (屋外・屋内) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担が大きい <input checked="" type="checkbox"/> 家事 (調理、買い物、掃除等) <input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ等の認知機能低下 <input checked="" type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input checked="" type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 排泄に関すること <input type="checkbox"/> 物を隠す <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> その他 ( )						
介護が必要な理由	【交通事故該当: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし】 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 (麻痺: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 骨折・転倒 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 ( <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input checked="" type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型) <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 高齢による衰弱 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 関節疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> がん【ステージ (告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)】 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※上記はいつから: <b>R4年 6月 10日</b> 前回の受診日: <b>R8年 3月 10日</b> 次回の受診日: <b>R8年 4月 8日</b>						
<b>2 調査等について</b>							
病名	既往歴: <b>脳梗塞、認知症</b>			現病歴:			
生活状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者と二人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
日常生活	歩行【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (杖・柵まり・シルバーカー) <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (車椅子・寝たきり)】 排泄【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 介助】 食事【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 入浴【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 介助】 衣服の着脱【 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助】 同居家族【 <input type="checkbox"/> 要介護者 (氏名: ) <input type="checkbox"/> 障害者 (身体・知的・精神) (氏名: )】						
調査場所	<input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 現住所地 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ↓ ※入院 (所) 日 ( <b>R5年 3月 10日</b> )						
	病院名	□表面医療機関と同様 /			病院		
	診断名・手術予定	/ □あり (時期: 年 月 日) □なし					
	転院予定	<input checked="" type="checkbox"/> あり (時期: <b>R2年 2月中旬</b> ) → 転院先 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定			□□病院		
調査日程の調整連絡先	ふりがな	<b>あやせ はなこ</b>		続柄	* 平日の日中に連絡が取れる連絡先		
	氏名	<b>綾瀬 花子</b>		妻	<b>000-0000-0000</b>		
連絡のつきやすい曜日・時間帯: 月・火・水・木・金 / 時 分 ~ 時 分							
調査立会者	<input checked="" type="checkbox"/> 上記、調査日程の調整連絡先の方 <input type="checkbox"/> その他家族 (続柄: ) <input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設職員 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー ( ) <input type="checkbox"/> 立会い者なし						
調査車両の駐車場所	敷地内 ( <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ※調査員の車を停める駐車場の有無について記入してください。 ※なしの場合、最寄り駐車可能場所 ( ※店舗等民間施設以外)						
<b>3 要介護認定結果(申請から 30 日前後)が出る前の介護サービス利用について(新規、区分変更のみ)</b>							
<input type="checkbox"/> 結果が出る前に、すぐにサービスが必要 (緊急な状態) <input checked="" type="checkbox"/> 結果が出てからでよい <input type="checkbox"/> 必要時に利用する予定				→ 地域包括支援センターもしくは居宅介護支援事業所への相談 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
<b>4 現在使っている介護サービスと新たに希望するサービス</b>							
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> リハビリ (訪問・通所) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 ※現在使っている介護サービスには✓を、これから新たに希望するサービスには○をつけてください。							
<b>5 現在利用しているサービスの利用の曜日</b>							
利用サービス種類	月	火	水	木	金	土	日
<input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪問 (ヘルパー・看護) <input type="checkbox"/> ショート	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM	AM/PM
市記入欄							
<input type="checkbox"/> 被保険者証添付 <input type="checkbox"/> 再交付申請書添付 <input type="checkbox"/> 資格者証交付済 <input type="checkbox"/> 納付確認済 <input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり							