介護保険申請確認票

令和　　年　　月　　日

※ 記入漏れのないようにチェック（☑）し、必ず認定申請書に添付してください。

被保険者番号		記入者	□本人　□家族
被保険者氏名			□事業者（氏名：　　）
			□その他（氏名：　　）
世帯状況	□一人暮らし　□昼間一人　□夫婦世帯　□家族と同居　□施設入所		
調査の場所	□本人の自宅		
	□施設・病院等	（名称・病棟室等） （電話番号）	
	□その他	（住所） （氏名）　　様方　（本人との関係） （電話番号）	

備考・特記事項

※現時点で該当するものに☑をしてください。

・歩行状態　□独歩　□杖　□歩行器　□車いす　□その他（　　）

・コミュニケーション　□言語　□筆談　□できない　□その他（　　）

・認知症状の有無　□有り　□無し

・日常生活の中で困っていること　□食事　□調理　□掃除・洗濯　□入浴・排泄
□家にこもりがち　□退院後の生活　□その他（　　）

・労働者災害保険法介護補償給付等の受給　□有り　□無し　※有りの場合、支給決定通知の写しを添付してください。

・第三者行為（本申請が交通事故など他者による事象が原因）　□有り　□無し　※有りの場合、第三者行為に関する届出が必要です。

その他特記すべき事項	
居宅介護支援事業者	担当ＣＭ

現在利用しているサービス〈介護予防サービスを含む〉　（※新規申請時のみ、利用を希望するサービス）

□ 介護保険施設入所等　特養 ・ 老健 ・ グループホーム ・ 介護医療院 ・ その他（　　）

□（第１号通所）通所介護（デイサービス）　月　火　水　木　金　土　日

□（第１号訪問）訪問介護（ホームヘルプサービス）　月　火　水　木　金　土　日

□（介護予防）訪問入浴介護　月　火　水　木　金　土　日

□（介護予防）訪問看護　月　火　水　木　金　土　日

□（介護予防）訪問リハビリテーション　月　火　水　木　金　土　日

□（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）　月　火　水　木　金　土　日

□（介護予防）ショートステイ　月　日　～　月　日　または　１月に　日程度

□（介護予防）小多機居宅介護　通い（１月に　日程度）・泊り（１月に　日程度）・訪問（１月に　日程度）

□（介護予防）居宅療養管理指導（ 種別：医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士・看護師 ）

□ 福祉用具の貸与　ベッド・手すり・車いす・移動用リフト・その他（　　）　合計　品目

□ 福祉用具の購入　腰掛便座・特殊尿器・入浴補助用具・その他（　　）　合計　品目

□ 住宅改修　□ その他（　　）

□ サービスの利用を検討中または今後検討　□ 現在利用中のサービスなし