

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

記入例

小諸市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日
令和 6 年 12 月 2 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0001234567	個人番号	123456789012
	医療 保険	保険者名 〇〇〇健康保険組合	保険者番号	12345678
	被保険者 記号・番号	記号 123	番号	1234
			枝番	12
	フリガナ	コモロ ハナコ	生年月日	大 昭 39 年 4 月 1 日
	氏 名	小諸 花子	性 別	男 ・ 女
	住 所	〒384-0025 小諸市相生町 3 - 3 - 3		

更 新 ・ 転 入 の 方 は 記 入 す	※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
		有効期限	令和 7 年 1 月 1 日から 令和 7 年 12 月 31 日
	※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 [〇〇県〇〇町] 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」の場合、申請日 令和 6 年 11 月 10 日	

有 ・ 無	過去 6 月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 有料老人ホーム〇〇〇 〇〇県〇〇町 1234	期間 令和 5 年 4 月 1 日～令和 6 年 8 月 31 日
		医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院 〇〇県〇〇市 5678	期間 令和 6 年 8 月 31 日～ 年 月 日

ケアマネージャーや施設が
代行申請する場合は記入（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）

提出 代 行 者	住 所	居宅介護支援事業所〇〇 〒384-1234 小諸市大字〇〇12345 番地	電話番号 0267-98-7654
-------------------	-----	---	-------------------

主 治 医	主治医の氏名	長野 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所 在 地	〒123-4567 〇〇県〇〇市 5678		

電話番号 123-456-7890

第二号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	がん
-------	----

介護サービス計画（ケアプラン）を作成するに当たっては、要介護認定・要支援認定にかかる調査員（地域包括支援センターの調査員）が、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

40 歳から 64 歳の方は特定疾病名を主治医に確認して記入

本人氏名 小諸 花子

事務 処 理 欄	受 付	資格者証	本人氏名を署名 本人が書けない場合は家族が代筆				日 時	期 限	介護度

訪問調査事前確認票

訪問調査では、日常生活の状況について申請者ご本人・介護者の方にお話をうかがいます。
訪問は月曜日から金曜日の午前（10時から11時）、午後（2時から3時）に実施します。

申請理由及び状況

4月に大量に吐血をし、〇〇病院に緊急入院、検査の結果胃がんと診断された。がんの進行が早くリンパ節にも転移しており、回復の見込みはないと家族が説明を受けている。

入院により足腰が弱り、移動が困難な状態。ふらつきがあり転倒の危険性も高い。

退院後は自宅での生活を希望しており、介護保険による在宅サービスを利用したいため。

（新規）利用したいサービス内容

（更新）利用中のサービス内容

- ☒ 訪問介護（ヘルパー）【食事・排泄・入浴・掃除・洗濯・買物・調理・通院・その他】
☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護
☐ デイサービス ☐ デイケア 【1週間に____日】
☐ 短期入所（ショートステイ）
☒ 福祉用具のレンタル・購入【何を： ベッド・ポータブルトイレ】
☒ 住宅改修 ☐ 施設に入所したい
☐ その他（_____）
☐ ケアマネジャーと相談して決めたい

調査日程調整の連絡先

※ 日中連絡がとれる方

☐ 本人

☐ 家族

☒ その他

☐ 調整済（ 月 日）

フリガナ

氏 名

本人との
関 係

住 所

電話番号

事業所等

フクシ タロウ

福祉 太郎

相談員

〒123-4567
〇〇県〇〇市 5678

123-456-7890

〇〇病院相談室

調査の立会者

※ 調査対象者の日頃の状況を
把握している方

☐ 上記日程調整者

☐ 家族

☐ その他

☒ 立会者なし

フリガナ

氏 名

本人との
関 係

住 所

電話番号

事業所等

〒

訪問調査に何うのに都合の良いとき（すべてに ○ してください）

月（午前・午後） 火（午前・午後） 水（午前・午後） 木（午前・午後） 金（午前・午後）

調査場所

☐ 住所地

☒ その他

⇒

【 〇〇病院 〇階 〇病棟 】

調査時の注意事項

本人は左耳が聞こえません。

本人は自分ががんであることは知っています。家族に回復の見込みなしと説明されていることは知りません。