

**要介護等認定申請ふせん**

新規  更新  変更

記入日

記載者

【1】対象者 氏名: \_\_\_\_\_ [同居家族:  有  無 ]

【2】現在の状況:  在宅 入院(所)先 \_\_\_\_\_  
 入院(所)中 いつから \_\_\_\_\_  
(退院予定日: \_\_\_\_\_ )

【3】調査立会い:  立会い者なし  家族等立会有  病院・施設スタッフ

**【立会者連絡先等】**

氏名: \_\_\_\_\_ 続柄(職種): \_\_\_\_\_

対象者と同じ  入院(所)先と同じ

住所: 〒 \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

【4】結果送付先:  対象者宅  担当ケアマネ  上記別居家族等

その他 : 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄等 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

【5】サービス利用または希望状況(回)  サービス利用(希望)なし

DS 曜日(回) \_\_\_\_\_  DC 曜日(回) \_\_\_\_\_

HH 曜日(回) \_\_\_\_\_  SS \_\_\_\_\_

介護予防教室 曜日 \_\_\_\_\_  その他 \_\_\_\_\_

【6】<新規申請のみ記入> ※申請に至った主病名の番号を下記より1つ記入→

番号	疾患名	番号	疾患名
1	脳梗塞・脳出血	8	呼吸器疾患
2	認知症	9	悪性新生物(がん)
3	関節疾患	10	視覚・聴覚障害
4	骨折転倒	11	脊髄損傷
5	心疾患	12	その他の疾患( )
6	パーキンソン病	13	筋力低下等のため主要疾患なし
7	糖尿病		

【7】その他連絡事項: 身体状況、希望サービスについて

※本人の様子、希望サービス、注意事項等をご記入ください。

**要介護等認定申請ふせん**

新規  更新  変更

記入日

記載者

【1】対象者 氏名: 阿賀 太郎 [同居家族:  有  無 ]

【2】現在の状況:  在宅 入院(所)先 いつから  
 入院(所)中 (退院予定日: )

【3】調査立会い:  立会い者なし  家族等立会有  病院・施設スタッフ

【立会者連絡先等】

氏名: 阿賀 花子 続柄(職種): 妻

対象者と同じ  入院(所)先と同じ

住所: 〒 ※対象者と住所が違う場合はご記入ください。

電話: 0254-92-5763 ※日中連絡がとれる番号をご記入ください。

【4】結果送付先:  対象者宅  担当ケアマネ  上記別居家族等  
 その他 : 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄等 \_\_\_\_\_

どれか1つチェックしてください

電話 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

【5】サービス利用または希望状況(回)  サービス利用(希望)なし

<input type="checkbox"/> DS	曜日(回)	<input type="checkbox"/> DC	曜日(回)
<input type="checkbox"/> HH	曜日(回)	<input type="checkbox"/> SS	
<input type="checkbox"/> 介護予防教室	曜日	<input type="checkbox"/> その他	

【6】<新規申請のみ記入> ※申請に至った主病名の番号を下記より1つ記入 →

番号	疾患名	番号	疾患名
1	脳梗塞・脳出血	8	呼吸器疾患
2	認知症	9	悪性新生物(がん)
3	関節疾患	10	視覚・聴覚障害
4	骨折転倒	11	脊髄損傷
5	心疾患	12	その他の疾患( )
6	パーキンソン病	13	筋力低下等のため主要疾患なし
7	糖尿病		

【7】その他連絡事項: 身体状況、希望サービスについて

※本人の様子、希望サービス、注意事項等をご記入ください。

※ 郵送で介護認定申請される方は、申請書にこのふせんを添付してください。

[1]~[4]と[6]までは記入必須です。  
 その他はわかる範囲でご記入ください。  
 確認事項があれば立会者に連絡します。