

介護保険要介護認定申請等に係る確認事項回答書

被保険者氏名

[問1] 今回の申請の内容が分かる方はどなたですか？

- 1 被保険者本人
- 2 提出代行者（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設）

担当者名

- 3 代理人（家族・民生委員・有料老人ホーム・グループホーム等）

↓ 下記に必要事項を記載して下さい。

代理人	住所	〒		電話番号（ ）
	氏名 <small>（名称・担当者名）</small>			被保険者との間柄（ ）

[問2] 被保険者の現在の主な生活の場はどこですか？（調査先について）

- 1 自宅（被保険者宅） 2 表面記載の入院・入所先 3 自宅以外（家族宅、施設や医療機関等）

↓ 下記に必要事項を記載して下さい。

調査先	住所 <small>（所在地）</small>	〒		電話番号（ ）
	氏名 <small>（施設・病院名）</small>			
入院（入所）予定先での場合			令和 年 月 日	入院（入所）予定

[問3] 通院、通所サービス利用時、日ごろ不在で調査できない日がありますか？

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

調査できない日に×をつけてください。

[問4] 調査員が、被保険者の心身の調査を行う時に家族等の立会いを希望されますか？

- 1 希望しない 2 希望する 3 都合がつけば希望する

↓

↓

立会者	氏名	被保険者との間柄（ ）		
	住所	〒		
	日中の連絡先	☎	勤務先番号	☎
	携帯番号	☎	会社名	

(注) 仕事等で日中連絡がつかない場合は、勤務先の番号又は携帯番号の記載をお願いします。

[問5] 申請書を提出するにあたって連絡事項等がありますか？

例：〇〇ガンと診断されている。余命〇年。本人は病名を知らない等。