

# 要介護認定申請受付チェック表

壬生町健康福祉課介護保険係 (Tel: 0282-81-1877)

年 月 日

申請者氏名：  
申請区分： 新規 更新 変更

提出者：  
申請者との関係：

**主治医** 更新申請の場合、役場から届いた申請書に記載されている主治医から変更が無いか必ず確認をお願いします。また、受診していないと意見書の受領が遅れる原因となりますので受診を勧めてください。

- 主治医に変更はないですか？（更新、変更の場合）       ある   ・   ない
- 過去1ヶ月以内に受診していますか？                            いる   ・   いない

※主治医が居らず指定医にする場合は、診断命令書を発行しますので、申請時にその旨報告してください。

## 本人の所在

**在宅** 現在サービスを利用していますか？                            いる   ・   いない

- ・ホームヘルプ                   月 火 水 木 金 土 日 (事業所名： )
- ・訪問看護                        月 火 水 木 金 土 日 (事業所名： )
- ・デイサービス                   月 火 水 木 金 土 日 (事業所名： )
- ・デイケアサービス            月 火 水 木 金 土 日 (事業所名： )
- ・その他 (                    ) 月 火 水 木 金 土 日 (事業所名： )
- ・短期入所 (予定含む)            年 月 日～    年 月 日
- 年 月 日～    年 月 日
- ・福祉用具 (                    )   )

**施設入所中** 必ず申請書にも施設名を記入してください  
・施設名：   連絡先：

**病院入院中** 必ず申請書にも病院名を記入してください  
・病 名：   

・病院名：   

・病 室：                   階                   病棟                   号室

病院への調査 日程の連絡	済 未
連絡者、連絡日	

- 退院の見込みはありますか？                            ある   ・   ない  
(ある場合、予定日：   頃 )
- ご本人の前で話しにくい事がありますか？           ある   ・   ない  
(その内容：   )
- 悪性の場合、本人への告知はしましたか？           した   ・   しない

**調査のための連絡先** 予約日：                   年 月 日 (午前 午後   時   分)  
(調査場所が上記以外の場合：   )

- 家族・ケアマネ等
- ・氏名：   続柄：                   電話番号：
- ・連絡の取れる時間帯   いつでも   ・   午前(   時頃)   ・   昼休み   ・   午後(   時頃)
- ・認定調査への家族等の立会い                   できる   ・   できない
- 施設入所中の場合  
・調査日が決定した時の家族等への連絡   必要   ・   不要 (施設へ一任)

**本人の心身状況** (または家族や介護者が困っていること) 新規、変更の場合は必ず記入してください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---