

～居宅介護支援事業所ケアマネジャー（申請提出代行者）様へ～

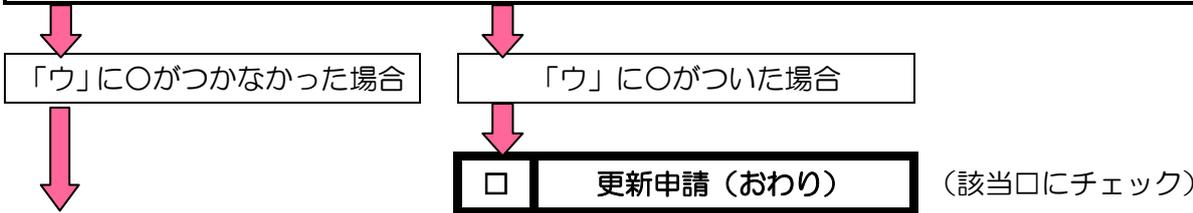
※①要支援1もしくは要支援2認定者の更新申請、又は②事業対象者から新規申請をする際に添付してください（第2号被保険者は添付の必要はありません。）。 ※介護認定申請もしくは総合事業への移行の選択に活用していただくものです。

## 要介護認定申請確認票（更新申請及び事業対象者が新規申請する場合）

被保険者番号	
対象者氏名（生年月日）	（明・大・昭 . . 生）
居宅介護支援事業者名	事業者名
担当ケアマネ／ケアマネ連絡先	担当名 / 連絡先

問1. 現在利用しているサービスについて（該当に○をし、ア・イは利用回数を記述・複数回答可）

ア 介護予防訪問介護相当サービス（週 回） / 家事支援サービス（週 回）
イ 介護予防通所介護相当サービス（週 回）
ウ 上記ア、イ以外のサービス（サービス種類： ）
エ 現在、サービスを利用していない



問2. 現在の要介護度等及び直近月の保険（支給）対象単位数について（該当にチェック）

問2-1. 要介護度等→該当□にチェック		
<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 事業対象者
問2-2. 直近月の保険（支給）対象単位数（限度額に含まれない費用は除く）→該当□にチェック		
<input type="checkbox"/> 5,003 単位以内	<input type="checkbox"/> 5,004～10,473 単位	



問3. 次の状態像に該当しますか。（該当に○・複数回答可）

1 身体介護が必要な状態
2 認知機能低下・うつ等で支援が必要な状態
3 上記1・2に該当しないが要介護認定が必要
4 上記1～3に該当しない → <b>総合事業の説明を行ってください（おわり）</b>

問4. 問3で1～3に該当の場合、申請の理由を記入してください（記入後、おわり）

<input type="checkbox"/> 今後（概ね3ヶ月の間で）、訪問介護、通所介護以外のサービス（給付）を使う予定がある <input type="checkbox"/> 状態不安定（ex:ターミナルなど）による <input type="checkbox"/> その他（下記に記入） <div style="border: 1px dashed black; height: 40px; width: 100%;"></div>
--

※記入の必要はありません。	申請適否 適・否・その他
---------------	--------------