

要介護・要支援認定申請書別表

氏 名	串本 太郎		被 保 険 者 番 号	0000123456					
更新・変更申請の方	申請理由	☒ 状態が（改善・ 悪化 ）したから ☐ 引き続きサービスを利用したいから ☐ 現在サービスの利用はないが、近々利用する予定があるから ☐ サービスの利用も予定もないが、期限がきたから							
	現在利用中のサービス	サービス種類	曜 日			備 考			
		☒ 訪問介護	月・火・ 水 ・木・ 金 ・土・日			9:00~10:00			
		☐ 訪問看護【看護】	月・火・水・木・金・土・日						
		☐ 訪問看護【リハ】	月・火・水・木・金・土・日						
		☐ 訪問リハ	月・火・水・木・金・土・日						
		☐ 通所介護	月・火・水・木・金・土・日						
		☐ 通所リハ	月・火・水・木・金・土・日						
		☐ 短期入所生活介護：（ 月 日 ~ 月 日， ） ☐ 短期入所療養介護：（ 月 日 ~ 月 日， ） ☐ 福祉用具貸与（ 品目： ） ☐ 特定福祉用具販売（ 品目： ） ☒ 住宅改修（内容： 手すりの取り付け ）							
		☐ 配食サービス		月	火	水	木	金	土
昼									
夕									
今後利用したいサービス	☐ 訪問サービス（介護・看護・リハビリ） ☐ 介護タクシー ☐ 通所サービス（介護・リハビリ） ☐ 家族介護用品 ☐ 福祉用具 ☐ 住宅改修（内容： ） ☒ 施設入所 ☐ その他（ ）								
入院中の方	病院名（ 〇〇病院 ）	病棟（ 3A 棟）		病室（ 15 号室）					
	病院電話番号	入院中の方は、各項目に記入をお願いします。							
	入院理由（病名・ケガ内容）	腰椎圧迫骨折による入院							
	手術（予定）日	未定・ 月 日	退院の目途		未定・ 7 月 1 日				
過去に病気・ケガをされた方	脳梗塞								

調査時に触れてはいけない箇所や注意が必要なことなどをできるだけ詳しく教えてください。
 ※事故の防止や、より実態に即した認定につながります。

★認定結果の送付先★（簡易書留での郵送となるため、印鑑またはサインが必要です。）

☐ 自宅 ☐ 担当ケアマネ ☐ 入所中の施設 ☐ 入院中の病院 ☒ その他▼	認定結果の送付先を自宅以外にする場合は、記入してください。
〒 649-3510	
住所： 串本町サンゴ台〇〇番地 宛名： 串本 花子（娘）	

※今回の介護保険要介護・要支援認定申請に対してのみ有効な設定です。
 他書類に対する送付先設定を希望される場合は別途届出が必要ですので申し出てください。