

**調査等に係る確認事項** 認定調査等を円滑に行うため、以下の1～8についてご記入をお願いします。

1. 認定調査先は、どこですか。(1週間以上継続して過ごしている場所をチェック等してください。)

□現在入院・入所施設 □被保険者住所	左記以外	<input type="checkbox"/> 入院・入所予定施設 ( 月 日入院・入所予定) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 帰宅 )
		住所: [ 安城市桜町18番23号 北庁舎1階47号室 ]
		(施設名: ) 電話: ( 0000 - 00 - 0000 )

①

2. 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。(以下にチェック等をしてください。)

<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者以外の家族 <input type="checkbox"/> 家族以外の者(入所施設職員等)
▼「申請者以外の家族」、「家族以外の者」にチェックをした場合は以下に詳細を記入してください。	

②

フリガナ: [ アンジョウ ハナコ ]	被保険者との状況: [ 同居 ] 別居
氏名・事業者名: [ 安城 花子 ]	被保険者に対する続柄又は関係: [ 姉 ]
連絡先: ( 0000 - 00 - 0000 )	

③

3. 調査の当日に、どなたか立ち会いを希望される方がいますか。(以下にチェック等をしてください。)

<input checked="" type="checkbox"/> 日程調整者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 左記以外の家族 <input type="checkbox"/> 家族以外の者(入所施設職員等)	<input type="checkbox"/> なし
▼「左記以外の家族」、「家族以外の者」にチェックをした場合は以下に詳細を記入してください。	

④

フリガナ: [ ]	被保険者との状況: [ 同居・別居 ]
氏名・事業者名: [ ]	被保険者に対する続柄又は関係: [ ]
連絡先: ( - - )	

⑤

4. 月～金曜日のうちで、調査に都合の良い曜日・時間帯や悪い曜日・時間帯がありますか。

下記の表に、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。なお、定期的に予定がある場合は、内容を記入してください。(透析、デイサービス、リハビリ等)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	ショートステイの期間等記入欄
AM 9:00～	×				×	〇月〇日～〇月〇日まで〇〇施設で ショートステイ
AM10:30～	×		×			
PM 1:30～					×	

⑥

■ 調査時間帯は、調査場所等により変わります。調査時間については、ご相談ください。  
ショートステイをご利用の場合は、利用日数により調査場所・調査日が変わりますので必ず記入してください。

5. 調査員用の駐車スペースはありますか。

<input checked="" type="checkbox"/> はい	「はい」にチェックをした場合は、右欄に具体的な場所をご記入ください。	自宅敷地内
<input type="checkbox"/> いいえ		

⑦

6. 現在のご様子や病気について簡単にご記入ください。

(例:〇〇の病気があり、ほぼ寝たきり状態。意思疎通はできるが歩行などは困難でトイレやお風呂は全て介助している。)

(上記、例を参考にご記入ください。)

⑧

7. その他に調査時、注意・留意すべき事項がありましたらご記入ください。

(例:耳が遠いので大きな声で聞き取りをしてほしい。)

(上記、例を参考にご記入ください。)

⑨

8. 介護保険被保険者証等介護保険に関する全ての書類の送付先変更の希望はありますか。

<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	---

⑩

9. 介護保険被保険者証の窓口受取の希望はありますか。

<input type="checkbox"/> はい	「はい」にチェックをした場合は、右欄をご記入ください。	事業所名	担当者
<input type="checkbox"/> いいえ			

⑪

◎特定疾病一覧

1 筋萎縮性側索硬化症	2 後縦帯骨化症	3 骨折を伴う骨粗鬆症	4 多系統萎縮症
5 初老期における認知症	6 脊髄小脳変性症	7 脊柱管狭窄症	8 早老症
9 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症		10 脳血管疾患	
11 パーキンソン病関連疾患	12 閉塞性動脈硬化症	13 関節リウマチ	14 慢性閉塞性肺疾患
15 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症		16 がん(※)	

■表面もご記入ください。 ※医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。

裏面の記入要領(以下の①～⑩を参考に必要な部分をご記入ください)

①認定調査を行う場所について、該当項目にチェック等してください。

介護認定を行うために、認定調査員による認定調査が必要となります。そのため、認定調査を行う場所(調査日時時点で原則1週間以上継続して寝泊まりしていると予想される場所)についてチェック等をお願いします。

- ・入院中の病院又は入所中の施設の場合 ➡ 「現在入院・入所施設」にチェック
- ・被保険者本人の住民票上の住所地の場合 ➡ 「被保険者住所」にチェック
- ・入院又は入所予定の病院、施設等の場合 ➡ 「入院・入所予定施設」にチェックし、入院(所)日を記入の上、入院(所)予定施設の住所、施設名、電話番号を記入
- ・上記以外(例:姉宅など)の場所の場合 ➡ 「その他」にチェックし、横の()内に場所の詳細を記入の上、当該場所の住所、電話番号を記入

②認定調査日の日程調整を行う方について、該当項目にチェックしてください。

- ・被保険者本人と行う場合 ➡ 「被保険者」にチェック
- ・申請者と行う場合 ➡ 「申請者」にチェック
- ・申請者以外の家族と行う場合 ➡ 「申請者以外の家族」にチェック
- ・上記以外の方と行う場合 ➡ 「家族以外の者」にチェック

③「②」で「申請者以外の家族」又は「家族以外の者」にチェックした場合は、以下の(1)～(4)を記入してください。

- (1) 氏名・事業者名 ➡ 氏名又は事業者名とフリガナを記入
- (2) 被保険者との状況 ➡ 実際に同居している場合は「同居」、同居していない場合は「別居」に○を記入
- (3) 被保険者に対する続柄又は関係 ➡ 被保険者本人に対する続柄等を記入
- (4) 連絡先 ➡ 連絡してもよい電話番号を記入

④認定調査時の立ち会いの希望について、該当項目にチェックしてください。

- ・立ち会いを誰もしない場合 ➡ 「なし」にチェック
- ・日程調整をしたものが立ち会いもする場合 ➡ 「日程調整者」にチェック
- ・申請者が立ち会いをする場合 ➡ 「申請者」にチェック
- ・上記以外の被保険者の家族が立ち会いをする場合 ➡ 「左記以外の家族」にチェック
- ・上記以外の者が立ち会いをする場合 ➡ 「家族以外の者」にチェック

⑤「④」で「左記以外の家族」又は「家族以外の者」にチェックした場合は、以下の(1)～(4)を記入してください。

- (1) 氏名・事業者名 ➡ 氏名又は事業者名とフリガナを記入
- (2) 被保険者との状況 ➡ 実際に同居している場合は「同居」、同居していない場合は「別居」に○を記入
- (3) 被保険者に対する続柄又は関係 ➡ 被保険者本人に対する続柄等を記入
- (4) 連絡先 ➡ 連絡してもよい電話番号を記入

※立ち会いは一人を想定していますが、複数人で立ち会いを希望の場合は空いている欄に追加で立ち会いたい方の氏名等を記入してください。

⑥認定調査を行う希望日程やショートステイの状況等について、記入をしてください。

認定調査は土日祝日年末年始を除く、平日の午前9時、10時30分、午後1時30分開始の時間帯で行います。つきましては、以下について調査時間帯等の希望等がある場合、記入してください。

- ・都合の悪い曜日や時間帯がある場合 ➡ 表の中の該当箇所に「×」を記入
- ・ショートステイ等の予定がある場合 ➡ 「ショートステイの期間等記入欄」に利用期間等詳細を記入

⑦調査員は車で認定調査場所に伺うため、調査場所の駐車スペースの有無について記入してください。

- ・駐車スペースがある場合 ➡ 「はい」にチェックし、右欄にスペースの詳細を記入
- ・駐車スペースがない場合 ➡ 「ない」にチェック

⑧現在の被保険者本人の状態や病状について、分かる範囲内で記入してください。

- ・本人の状態や認定調査員に事前に伝えておきたいことなどを枠内に記入

⑨認定調査員に対して、調査時に注意してほしいことや気を付けておいてほしいことがあれば記入してください。

- ・特になければ記入不要

⑩介護保険関係書類送付先の変更の希望について、記入してください。

- ・被保険者本人の住民票上の住所から送付先の変更を希望する場合 ➡ 「はい」にチェック(※)
- ・被保険者本人の住民票上の住所に送付を希望する場合 ➡ 「いいえ」にチェック

※「はい」にチェックされた場合は、別途「介護保険通知書等送付先変更申請書」の提出が必要となります。(すでに提出済みの場合は不要。)  
詳しくは安城市高齢福祉課介護審査係までお問合せください。

⑪介護保険被保険者証の窓口受取の希望について、記入してください。

- ・介護保険被保険者証の窓口受取を希望する場合 ➡ 「はい」にチェック
- ・介護保険被保険者証の窓口受取を希望しない場合 ➡ 「いいえ」にチェック