

# 入院中の介護保険の申請に関する確認事項

記入日：令和 年 月 日

申請者氏名(被保険者氏名)	記入者氏名： (申請者との続柄：)
1	介護が必要となった傷病名と、現在の病院への入院時期をご記入ください。 傷病名や状態 ( ) 病院名 ( ) 入院日 (令和 年 月 日 )
2	今回の申請は、主にどなたの勧めによるものですか？あてはまる人に○をつけてください。 病院スタッフ ( 主治医 ・ 看護師 ・ ソーシャルワーカー ) 本人または家族 ・ ケアマネジャー ・ その他 ( )

## 《 基本的な調査の実施時期について 》

### ◎退院後、調査を実施する場合

- ◆入院前の場所（自宅や施設など）へ退院する。⇒退院後、原則1週間経過し状態が安定している。
- ◆入院前の場所以外へ退院する。⇒退院後、原則2週間経過し状態が安定している。

### ◎病院（入院中）で調査を実施する場合

- ◆入院後、原則2週間以上経過し状態が安定（症状固定）している。
- ◆転院予定がある場合は、原則転院先の病院で実施。
- ◆治療が終了、またはリハビリが到達目標に近づき、概ね退院の予定が決まっている。

※ただし、がん末期など終末期の場合は、状況に応じ調査時期の調整を行います。

※新規や変更の申請は、優先的に要介護認定（審査会）を行うように対応しています。

※該当する回答の□にチェックを入れてください。

**治療が終了、またはリハビリが到達目標に近づき、概ね退院日が決まっていますか？**

退院予定日： 月 日頃

はい

いいえ

退院後の行き先はどのように予定されていますか？

入院前の場所へ戻る  
在宅・施設

施設入所  
新たに入所予定

転院  
病院名 ( )  
転院理由 ( )

**申 請**

(本紙は、申請時に窓口で提出してください)

申請時期が適当ではない可能性があります。

ご事情がある場合は、佐賀中部広域連合へご相談ください。

(認定審査課) TEL0952-40-1132

佐賀中部広域連合 令和8年1月～適用