要支援認定 更新確認票

平成　　年　　月　　日

被保険者番号	0	0									現在の要介護度	□要支援1　□要支援2
被保険者氏名											生年月日 明　大　昭　　年　　月　　日	年齢
事業所名	担当者名 電話　　－　　－											

※ 要支援1･2の方が認定を更新するか、基本チェックリストを実施するか判断するための確認票です。
　要支援認定を更新する際にこの確認票を添付してください。

※ 第2号被保険者（65歳未満の方）は基本チェックリストの対象となりませんのでこの確認票は不要です。

問1　現在利用しているサービスについて

- □ サービス利用なし → 「問3」へすすむ
- □ 訪問介護を利用中（週　　回）
  □ 通所介護を利用中（週　　回）
  → 訪問･通所のみ利用中の場合は、「問2」へすすむ
- □ 訪問･通所以外のサービスを利用中（サービス種別　　）
  → □ **「認定を更新する」** ＊記入おわり

問2　直近月の区分支給限度基準額について

※ 限度額に含まれない費用は除く

※ 今後、基準緩和型サービスを利用する予定であれば、その予定単位数を記入

- □ 5,003単位以内（　　単位）
  ※退院直後で集中的な支援を要する場合は 10,473 単位まで可（届出要）
  → 「問3」へすすむ
- □ 5,004～10,473単位（　　単位）
  → □ **「認定を更新する」** ＊記入おわり

問3　身心の状況（状態像）や申請方法の希望について

- □ 右のA･Bどちらにも該当しない → □ **「基本チェックリストを実施する」** ＊記入おわり
- □ （A）歩行困難、記憶障害、医療依存が高いなど要介護状態に相当する
- □ （B）認定申請による更新を希望している

→ □ **「認定を更新する」**（申請が必要な理由を下欄に記入）

□ 概ね3か月以内の間に、訪問介護･通所介護以外のサービスを利用する予定がある
□ その他（　　）

※ この確認票は要支援認定の更新もしくは基本チェックリストの実施の選択の目安とするものであり、要支援認定を妨げるものではありません。