

介護保険認定申請書別表

行政区名： _____
世帯主名： _____

1. 受診状況

受診頻度	<input type="checkbox"/> 毎月一回 <input type="checkbox"/> 2か月に1回 <input type="checkbox"/> 3か月に1回 <input type="checkbox"/> 6か月に1回			
前回の受診日	年	月	日 (頃)	次回の受診予定日 令和 年 月 日 (頃)

2. 本人の居所

<input type="checkbox"/> 自宅 (住民登録地)			
自 宅 以 外	<input type="checkbox"/> 病院に入院 <input type="checkbox"/> 施設に入所 <input type="checkbox"/> 家族宅等		
	病院・施設名・家族氏名	電話番号	
	所在地・住所	〒	

3. 訪問調査日程調整の連絡先 ※平日の日中に連絡がとれるところを記入して下さい。

氏名	被保険者本人との続柄 ()		
電話番号	自宅・勤務先・携帯番号・その他 ()		
連絡時間	<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前中希望 <input type="checkbox"/> お昼頃希望 <input type="checkbox"/> 午後希望		
立会い希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (調査日連絡 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)		
立会う方	<input type="checkbox"/> 家族 (氏名 続柄：) <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
連絡先・訪問調査時の注意点などがありましたら記入してください。 例) 本人に病名を告知していないため、訪問調査時には病名を言わないよう気を付けてほしい。			

4. 本人の最近の状況

新規申請のきっかけなどを記入して下さい。 例) 転倒を機に生活全般に支障が見られ、介助を必要とする。家庭内外の役割ができなく (しなく) になった。など	
---	--

5. 担当ケアマネージャー

事業所名	担当者名
------	------

6. 介護サービスの利用について

新規申請の方は必要と思うサービスに✓をしてください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護	利用日 (月・火・水・木・金・土・日)
<input type="checkbox"/> 訪問看護	利用日 (月・火・水・木・金・土・日)
<input type="checkbox"/> デイサービス (通所介護)	利用日 (月・火・水・木・金・土・日)
<input type="checkbox"/> ショートステイ (短期入所生活介護)	利用(予定)日 (月日 ~ 月日、月日 ~ 月日)
<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> レンタル (品目：)
<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 介護保険外サービス (<input type="checkbox"/> おむつ券 <input type="checkbox"/> タクシー券 <input type="checkbox"/> 介護手当)
<input type="checkbox"/> 現在、介護サービスを利用していない	

※サービス利用についてのご相談は市内各事業所で行っております。(介護保険サービスガイド14~16ページを参照)、相談に行く際には必ず事前に電話で予約をし、相談日当日この申請書別表を事業所へ提出いただきますようお願いいたします。