

申請にあたってのお願い

申請を受けてから、ご本人の状態を確認するため、市の認定調査員が訪問調査に伺います。
 その際、ご家族の方にもお聞きすることがありますので、同席をお願いします。
 (この訪問調査が済みませんと、認定を受けるための審査判定ができません。)

1. 調査時の日程調整等のご連絡先のご記入をお願いいたします。

フリガナ				立ち合い希望
氏名		本人との関係		有・無 <small>家族・ケアマネ等・施設職員 その他()</small>
連絡先	- -	※調査員は専用の携帯電話でお電話します。		
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所・入院先 <input type="checkbox"/> その他() 駐車場 有・無()			
連絡可能時間 (8:30～16:30) その他の連絡事項	★現在のサービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護(曜日) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> デイサービス(曜日) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(曜日) <input type="checkbox"/> 施設・短期入所 <input type="checkbox"/> その他()			
調査時の注意点	<input type="checkbox"/> 未告知の疾病 <input type="checkbox"/> サービス利用に抵抗(本人・家族) <input type="checkbox"/> その他()			

2. ご本人の状況をお伺いします。(該当するところにチェック、又は○で囲んでください。)

家族状況等	<input type="checkbox"/> 同居者有(独りの時間帯 日中・夜間) <input type="checkbox"/> 独居 (主な介護者: 通い・同居)			
日常生活状況	<input type="checkbox"/> 動作等に支障がある(起上り 立上り 歩行 視力 聴力 寝たきり その他)			
	<input type="checkbox"/> 認知症の症状がある(物忘れ 話がかみ合わない 怒りっぽい 徘徊 その他)			
	<input type="checkbox"/> 介助が必要な場面(移動 食事 排泄 入浴 外出 買い物 服薬 その他)			
新規申請は記入 利用希望サービス	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> その他()			

3. 入院中の方は、下記の項目についてご記入ください。

- ①何が原因で入院になりましたか？ 病名: _____
- ②退院日は決まっていますか？
- 決まっている(月 日 予定) 決まっていない

4. 第三者行為(交通事故等)に該当する方は下記の項目について記入してください。

- ①事故発生日 (年 月 日)
- ②示談の有無 (有・無) ※有の場合 (示談日: 年 月 日)

5. 介護保険被保険者証を紛失した又は申請時に持参しなかった方は下記事項を確認のうえ署名して下さい。

- 介護保険資格者証を受領いたしました。 同意署名(申請者) _____
- 介護保険被保険者証がありましたら、破棄します。 _____

※市記入欄

受付者名	確認事項チェック欄	備考
	・区分(<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新・変更 <input type="checkbox"/> 期限切れ等) ・保険証の持参(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2号新規) ・2号医療保険(<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> マイナポータル等) ※2号の新規は、被保険証はありません。	・主治医意見書手渡し(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未) (受領サイン: _____) ・保険料未納(<input type="checkbox"/> あり)