

介護認定申請受付時間き取り票

◎被保険者様および調査立会について (被保険者氏名)

被保険者の状況	(1) 住まい： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居世帯 <input type="checkbox"/> 施設等 () (2) 物忘れ： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 疑いあり <input type="checkbox"/> ない (3) 聴力： <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない
申請の理由	<input type="checkbox"/> 本人が自主的 <input type="checkbox"/> 家族が自主的 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 保健センターへの相談 <input type="checkbox"/> 医療機関の勧め <input type="checkbox"/> 民生委員の勧め <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 認定切れ <input type="checkbox"/> その他 ()
申請の内容	(1) 申請種別： <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 (要支援者の要介護新規申請を含む) (2) 申請の主訴： (※身体・認知の現状、困り事、どうしたいかなど具体的に記載してください。)
申請手続き者氏名	氏名 (続柄：) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) 住所 電話
調整の連絡先 注1	氏名 (続柄：) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) 住所 電話
調査時の立会者 注1	氏名 (続柄：) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外) 住所 電話

◎病院やサービス等の利用状況について

直近の受診予定	月 日	※主治医 (申請すること) <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない					
入院中の場合	病棟		部屋番号		担当看護師等		
サービス利用・通院等の状況 (※欄内に利用している事業所名等を記載してください。)							
	月	火	水	木	金	土	日
午 前							
午 後							
備 考							

◎調査日程の調整に関して (平日 8:30~17:00 の間に 0740-25-8126 から連絡します。)

調査の希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※日程調整の参考にさせていただきます。(調査実施時間 平日 9:00~16:00)
	市役所記入欄： 受付者所属 () 氏名 ()

注1：上記と同じ場合は記入不要