【更新・区分変更】　聞　き　取　り　票

本人氏名	行政区（　　）	受付	

【1.利用しているサービスについて】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）　（　　）回/月
  - 【事業所名：　　】
  - 【利用曜日：　　】
  - 【利用時間：　　：　　～　　：　　】
- 訪問入浴介護　（　　）回/月
- 訪問看護　（　　）回/月
  - 【利用曜日：　　】
- 訪問リハビリ　（　　）回/月
  - 【利用曜日：　　】
  - 【利用時間：　　：　　～　　：　　】
- 通所介護(デイサービス)　（　　）回/月
  - 【事業所名：　　】
  - 【利用曜日：　　】
- 通所リハビリ　（　　）回/月
  - 【利用曜日：　　】
- 短期入所生活介護（ショートステイ）　（　　）日/月
- 特定入居者生活介護　（　　）日/月
- 福祉用具貸与　月（　　）品
  - 【内容：　　】
- 福祉用具販売　※６月以内に購入したもの
  - 【内容：　　】
- 住宅改修
  - ☐ 有
    - 【内容：　　】
  - ☐ 無
- （看護）小規模多機能型居宅介護　（　　）日/月
- 短期入所療養介護　（　　）日/月
- 居宅療養管理指導　（　　）回/月

【2.調査先等】

☐	病院	病院名（病棟、相談員等分かる範囲でご記入ください） 連絡先	
☐	施設	施設名	**病院受診予定日** （　　月　　日　）
☐	その他	☐ 自宅 ☐ 自宅以外（　　）	➡次回の受診日が２～３週間先になる場合、認定結果が出るまでに時間を要します。早めの認定結果を希望される方は、近日中の受診をしていただきますよう、ご協力をお願い致します。

【3.調査の立会・連絡先】

申請者氏名		続柄	
立会者氏名	☐申請者に同じ　☐施設（病院）職員	続柄	
立会の有無	☐ 有　☐ 無	※可能な限り日頃の状況を把握している人の立ち会いをお願いします	
連絡先			

【4.結果（新しい介護保険被保険者証等）の送付先】※自宅以外の場合は、本人もしくは家族の同意が必要です

- ☐ 自宅
- ☐ 自宅以外（　　）　☐ 同意有
- ☐ 役場に取り置き（受取人名　　）　☐ 同意有

【5.その他の連絡事項】　※区分変更申請者で、迅速対応が必要な場合は必ずお申し出ください