

【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】 【事業所名： 】【利用曜日： 】【訪問リハビリ（ ）回/月】 【事業所名： 】【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】 【事業所名： 】【利用曜日：		● 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】 ☐ 無 ●（看護）小規模多機能型居宅介護 【事業所名： 】【短期入所療養介護（ ）日/月】 ● 居宅療養管理指導（ ）回/月 ● 短期入所生活介護（ショートステイ） 【事業所名： 】【	
【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）	
☐	施設	施設名	連絡先
☐	その他	☐ 自宅 ☐ 自宅以外（ ）	病院受診予定日 （ 月 日 ） →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. 申請者・立会者情報】			
申請者	氏名	（続柄）	
	連絡先		
立会者	氏名	☐ 申請者と同じ ☐ 施設（病院）職員 ☐ 無	
	連絡先	☐ その他（ ）（続柄）	
【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 ☐ 役場に取り置き（受取人名		☐ 自宅以外（ ） ☐ 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			