申請時連絡票

被保険者氏名【　　　　　　　　　　　　　　　】記入者名（　　　　　　　　　　　　　　　）

**1.**　認定調査時の対応は、ご本人1人でできますか？該当部分を〇で囲んでください。

1. 本人1人で応対できる

　（　普通にできる・大声で話せばできる・補聴器の使用をするとできる　）

1. 本人1人では応対できない・・・**②に該当する方は、調査時にどなたかの立会い**をお願いします。

（　難聴がある・言語障害がある・重度の視覚障害がある・認知症がある・その他（　　　　　　　）　）

**２.** 同居家族：　有　・　無　　　有の場合（　氏名　　　　　　　　　　　続柄　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**３.**調査先：自宅　自宅以外 ・施設・病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**４**．通院、通所サービス利用時間帯を、**デイ、ヘルパー**などは**事業所名**も記入してください。



**5**.現在受けている介護サービス利用の状況（新規申請の方は記入不要）

・訪問介護　（ホームヘルプサービス）（　　　　　）回/月　 ・特定入居者生活介護　（　　　　　）日/月

・訪問入浴介護　（　　　　　）回/月　　　　　　　　　　　・福祉用具貸与　月（　　　　）品目（ﾚﾝﾀﾙ内容　　　　　　　　　　　　）

・訪問看護　　　（　　　　　）回/月　　　　　　　　　　 ・福祉用具販売　月（　　　　）品目

・訪問リハビリ　（　　　　　）回/月 ・居宅療養管理指導（　　　　）回/月

・通所介護(デイサービス)（　　　　　）回/月 ・夜間対応型訪問介護　（　　　　　）日/月(介護給付サービスのみ)

・通所リハビリ　（　　　　　）回/月　　　　　　　　　　　 ・認知症対応型通所介護（　　　　）日/月

・短期入所生活介護（ショートステイ）（　　　　　）日/月　　・小規模多機能型居宅介護　　　（　　　　　）日/月

・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　　　　・認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（　　　　　）日/月

　　　　　　　　　　・地域密着型特定施設入居者生活介護(介護給付サービスのみ)（　　　　　）日/月

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(介護給付サービスのみ)（　　　　　）日/月

　　　　・住宅改修　　有　・　無

◎その他伝えたいことがありましたら、記入してください。

　　　　（例）調査日の希望、夫婦同日の調査希望等