

日進市長 宛て
次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日	
被 保 者	被保険者番号	個人番号			
	フリガナ	生年月日		年 月 日 () 歳	
	氏名	性別			
	住所	〒 電話番号			
	前回要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間 年 月 日 から 年 月 日			
介護保険施設 医療機関等 入院・入所の 有無	有	入所施設名 所在地			
	無				

申請者氏名	本人との関係	
提出代行者 氏名	該当○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）	
申請者住所	〒 電話番号	

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号
医療 保 険	保険者名	保険者番号
	被保険者証 記号	番号 枝番

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、日進市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

（更新申請の場合のみ）申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 _____

認定申請アンケート（お分かりになる範囲でご記入をお願いします。）

※該当する□には、✓をご記入ください。

1. 今回の申請、サービス等利用についてお伺いします。

- 新規の申請（ 以前申請したことがある）
- └─ 認定後に利用を希望するサービスはありますか？（.....）
 - └─ 総合事業を利用している（サービスの種類：.....）
 - └─ コミュニティーサロンに参加している【※認定者は利用できなくなります。】
 - └─ 医療保険（医療機関）のリハビリを約6ヶ月以上受けている【※認定者は介護保険のサービス（リハビリ）が優先となるため、利用できなくなる可能性があります。】
- 更新の申請 ────────── サービス利用中である（以下、サービスの種類を選択）
- 区分変更の申請 ────────── サービス利用なし（今後のサービス利用希望は？ 有 無）
- デイサービス 訪問看護 訪問リハビリ
 - 訪問介護（ヘルパー） 福祉用具レンタル
 - デイケア 住宅改修 その他（.....）

2. 現在のお身体の状況をお伺いします。

- ・病名（入院の理由）は？（..... 発症年月：.....）
- ・介助が必要な事柄は？ 外出 歩行 食事 排泄 入浴 その他（.....）
- ・認知症はありますか？ 無 有 有の疑い（状況等：.....）

3. ご家族の状況をお伺いします。

- 一人暮らし 夫婦のみ 親族と同居 その他（.....）

4. 調査にあたり、いくつかお伺いします。

- ・お伺いする場所
- ご自宅
- └─ 訪問時利用できる駐車スペースはありますか？
 - 有 無（駐車可能な場所：.....）
- 病院、施設
- └─ 名称：..... ・病棟、病室：.....
 - 入院、入所日： 月 日 ・退院、転院予定： 無 有（いつ頃：.....）
- ・連絡先（氏名：..... 続柄：..... 電話：.....）
- ・同席希望 無 有（連絡先と異なる場合のみ 氏名：..... 続柄：.....）
- ・調査時、連絡時に何か配慮させていただくことはありますか？
- 無 有（ 難聴である 病状告知していない その他（.....））

5. 訪問において、ご本人及び同席される方の都合の悪い日時（デイ等サービス利用日時含む）に×印をご記入ください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

※事務局記入欄【以下について記入の必要はありません。】

調査日時	保険証	施設等連絡	ケアマネへ連絡	2号被保険者	
月 日 () 時 (調整日) 月 日 受付者名 () 窓口・電話	済・調査時 (紛失再交付記入) 未・済	未・済 (連絡日) 月 日	申請者 市から連絡 未・済 済・不要	(医療保険証) 済・調査時	(保険料未納) 無・有