申 請 情 報 確 認 票

それぞれの項目にご記入していただき、該当するものにチェック✓をお願いします。

認定調査を的確かつ円滑に行うため、本人の状況をお伺いするものです。ご協力おねがいします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認 定 調 査 日 | ※認定調査は、原則**平日の日中**で行います。  ※入院中の方など状態が不安定な場合は、状態が安定されてからの調査になります。  希望する曜日・時間帯の指定があれば記入してください。  ・希望する曜日：　月　 火　　水　　木　 金　・希望する時間帯:　午前　 /　午後  調査日： 月 日 ( )午前・午後 時 分( ) | | | | | | |
| 調 査 場 所 | □自 宅 | | | | 立会い者 | 様  本人との関係：  （同居・別居） | |
| 自宅  以外 | □施設や病院 名称：  階 病棟　 　　号室 | | |
| 連　絡　先 | * 平日の日中に連格の取れる電話番号をご記入ください。   □ 自宅 □その他（ ) 電話　　　 (　　　　) | | | | | | |
| 調査員の  駐車場所 | 敷地内・自宅前・その他( ) | | | | | | |
| 利用しているまた はこれから利用を 希望するサービス | □ 訪問介護(ホームヘルプ) | | | 週 回 | □ 通所介護(デイサービス) | | 週　 　回 |
| □ 訪問入浴介護 | | | 週 回 | □ 通所リハビリテーション（デイケア） | | 週　 　回 |
| □ 訪問看護 | | | 週 回 | □ 福祉用具貸与 | | 品目 |
| □ 訪問リハビリテーション | | | 週 回 | □ 特定福祉用具販売 | | 品目 |
| □ 居宅療養管理指導 | | | 週 回 | □ 住宅改修 | | |
| □ 短期入所生活(療養)介護 | | | 月　 　日 | □ 紙オムツの給付 □ 緊急通報システム | | |
| □ 施設入所 | | | | その他： | | |
| 入院中の方 | 1.状態の安定性 | | □安定している □不安定 | | | | |
| 2.退院の予定 | | □ 月 日に（退院・転院)予定  □退院は未定 | | | | |
| 3.手術予定の有無 | | □無 □有 月 日頃 | | | | |
| 特に気をつけて 欲しいこと | **※特別に配慮が必要なことがございましたら、ご記入ください。** | | | | | | |
| 本人と別室での聞き取りを希望（病気や認知機能の確認等) □する □しない | | | | | | |
| 本人へ未告知の病名： | | | | | | |
| その他： | | | | | | |
| 本人の心身の  状 況 | □治療中の病気など( )  □動くのに時間がかかる  □人の声が聞き取りにくい  □言葉が出にくい  □物忘れ　ア年相応である イ認知症状がある | | | | | | |

**市確認欄** 滞納状況確認　□( ) 個人番号　　有　・　無

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 受 付 担 当 者 |  | | 碓 認 者 |  | 主治医意見書 | □✓すること |
| 2 | 番 号 記 入 者 | □本人　□代理人（代理権の確認（　　　　　　　））□使者　　 □職権 | | | | | |
| 3 | 番 号 確 認 | □個人番号カード □通知カード　□その他(　　　　　　　　)　□２回目以降のため省略 | | | | | |
| 4 | 身　元　確　認 | １点確認  ※顔写真の表示があるもの | □個人番号カード　 □運転免許証　 □運転経歴証明書  □旅券 □身体障害者手帳 □その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| ２点確認  ※顔写真の表示がないもの | □国民健康保険等の被保険者証　　□介護保険の被保険者証  □健康保険日雇特例被保険者手帳　□国民年金手帳　□その他（　　　　　） | | | | |