

申請者(対象者)の状況

(申請日 年 月 日)

被保険者番号	住所	フリガナ 氏名	生 年 月 日	大・昭 年 月 日 (歳)

(☐一人暮らし ☐高齢者のみ世帯 ☐家族と同居)

申請者の心身の状況	申請が必要になった病気や原因等、困っていること			・病院等からの勧め (あり・なし) ・入院時救急搬送 (あり・なし) ・病院でのリハビリ (あり・なし) ・第三者行為 (あり・なし)	
	歩 行	☐ 自 立	☐ 杖を使用・つたい歩き	☐ 車椅子・這う	☐ 歩けない
	排 泄	☐ 自 立	☐ 時々失敗する	☐ 失敗が多い	☐ 常時オムツ使用
	コミュニケーション	☐ 可 能	☐ ある程度可能	☐ 困難な事が多い	☐ できない
	聴 力	☐ 普 通	☐ やや遠い	☐ 耳元で大声で	☐ 全く聞こえない
	認知症	☐ な し	☐ 多少(年齢相当)	☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度	
【更新申請の方】 前回 調査時 と比べて ☐ 良くなった ☐ 変わらない ☐ 悪くなった					
具体的に:					

☐ 利用中または希望するサービス ☐ サービス利用(予定)なし → 利用(予定)ない方の更新は必要ありません。

☐ 訪問介護() 曜日	☐ 通所介護() 曜日	☐ 住宅改修費支給
☐ 訪問入浴() 曜日	☐ 通所リハビリ() 曜日	☐ 居宅療養管理指導
☐ 訪問看護() 曜日	☐ 福祉用具貸与() 品目	☐ 施設等への入所
☐ 訪問リハビリ() 曜日	☐ 短期入所(予定日) ()	
高齢者サービス	☐ おむつ支給	☐ 配食サービス ☐ 緊急通報装置
居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー)		

窓口に来た方	氏 名: (続柄)	電話番号
	住 所:	
調査連絡先	※ 調査立会い希望 (有 ・ 無)	
	氏 名: (続柄)	日中連絡のとり易い電話番号
	住 所:	① ②
調査場所が現住所と異なる場合(住所又は施設名) (市外の場合は地図添付)		
調査時の注意事項(対応や駐車など)		

受診状況	☐ 定期的に受診 (前回受診日 月 日)	☐ 入院(所) 中 (いつから / ~)
	(次回受診日 月 日)	
	☐ 不定期に受診 (最終受診日 月 日)	(入院中の病棟名 階 号室)
	☐ 未受診 (受診予定日 月 日)	☐ 退院予定 (月 日頃 ・ 未定)

市記入欄	被保険者証の回収 ☐ 有り ☐ 無し	面接者
	給付の制限 ☐ 有り ☐ 無し	
	認定切れ申請 ☐ 有り ☐ 無し	