

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	生年 月 日	大・昭
		氏名	年 月 日	(歳)

家族構成() 主介護者の続柄()

申請者の心身の状況	申請が必要になった病気や原因等		・第三者行為 (あり・なし)
	変更申請の理由 <input type="checkbox"/> 身体の変化 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 環境の変化 <input type="checkbox"/> その他		詳細な内容
	屋 内 歩 行	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 補助具を使用(使用しているもの:) <input type="checkbox"/> 歩行できない(這う、車椅子等)	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 介助が必要()	
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 可 能 <input type="checkbox"/> ある程度可能 <input type="checkbox"/> 困難な事が多い <input type="checkbox"/> できない	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> 耳元で大声で <input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
	日常生活に支障があるような認知症状はありますか?	<input type="checkbox"/> あ り ⇨ 状況を教えてください <input type="checkbox"/> な し	

サービス内容

<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 訪問介護() 曜日	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 通所介護() 曜日	<input type="checkbox"/> 住宅改修費支給
<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 訪問入浴() 曜日	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 通所リハビリ() 曜日	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 訪問看護() 曜日	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 福祉用具貸与() 品目	<input type="checkbox"/> 施設等への入所
<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 訪問リハビリ() 曜日	品目名()	<input type="checkbox"/> 短期入所()
高齢者サービス	<input type="checkbox"/> おむつ支給 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 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 調査 連絡先	氏 名: (続柄)	電話番号
	住 所:	
	※ 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	<input type="checkbox"/> 定期的に受診 (前回受診日 月 日)	<input type="checkbox"/> 入院(所)中 (いつから / ~)
	(次回受診日 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 不定期に受診 (最終受診日 月 日)	病院・施設名()
	<input type="checkbox"/> 未受診 (受診予定日 月 日)	(入院中の病棟名 階 号室) <input type="checkbox"/> 退院予定 (月 日頃 ・ 未定)

市記入欄	被保険者証の回収 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	面接者
	給付の制限 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
	認定切れ申請 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	