

# 申請者(対象者の)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)
--------	----	------------	------	-------------------

家族構成( )

主介護者の続柄( )

申請が必要になった病気や原因等

・第三者行為

(あり・なし)

## 申請者の心身の状況

変更申請の理由 □身体の変化 □認知機能の低下 □環境の変化 □その他	詳細な内容
屋内歩行	□自立歩行 □補助具を使用(使用しているもの: ) □歩行できない(違う、車椅子等)
排泄	□自立 □介助が必要( )
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
日常生活に支障があるような認知症状はありますか? □あり □なし	□あり ⇒ <u>状況を教えてください</u> □なし

## サービス内容

□希望 □利用中 訪問介護( )曜日	□希望 □利用中 通所介護( )曜日	□住宅改修費支給	
□希望 □利用中 訪問入浴( )曜日	□希望 □利用中 通所リハビリ( )曜日	□居宅療養管理指導	
□希望 □利用中 訪問看護( )曜日	□希望 □利用中 福祉用具貸与( )品目	□施設等への入所	
□希望 □利用中 訪問リハビリ( )曜日	品目名( )	□短期入所( )	
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
	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) (次回受診日 月 日)	□入院(所)中(いつから / ~) 病院・施設名( ) (入院中の病棟名 階 号室)
	□不定期に受診 (最終受診日 月 日) (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 給付の制限 認定切れ申請	□有り □有り □有り	□無し □無し □無し	面接者
------	-----------------------------	-------------------	-------------------	-----