

申請者(対象者)の状況

(申請日 令和7年 12月 1日)

被保険者番号	住所 旭市二の2132	フリガナ	アサヒ タロウ	生年月日	大 昭 〇年 △△月 □□日 ( 〇〇歳 )
12345		氏名	旭 太郎		

家族構成( 長男夫婦、孫2人 ) 主介護者の続柄( 長男 )

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)	
	自宅の玄関で転倒をし、左足首を骨折。骨折は治ったが、一人では歩けなくなってしまった。外に出るときは車いすを使っているが、自宅内は狭くて車いすが使えず移動が大変。日中一人になってしまうので心配。臥床時間も増えているため、認知機能も低下傾向。			
	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 ※変更申請の場合は、こちらに詳細な内容の記入をお願いします。	
	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 checked="" type="checkbox"/> 歩行できない(這う、車椅子等)		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要(立位に精一杯なためズボンの上げ下げ、水洗等に介助が必要)		
	コミュニケーション	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり ⇨ <input type="checkbox"/> なし	状況を教えてください 食べた直後に「食べていない」と怒りだすことが週1回ある。 また、昼夜逆転もあり夜中に「おーい」と家族が来るまで叫ぶことが週2〜3回ある。		

サービス内容

<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 訪問介護( )曜日	<input checked="" type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 通所介護( 火、木 )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 checked="" type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 利用中 福祉用具貸与( 5 )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( 介護ベッド、柵等 )	<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: 旭 二郎 (続柄 長男)	電話番号 0479-〇〇-〇〇〇〇
	住所: 旭市二の2132番地	
	※ 調査立会い希望 (有)・無 )	
	氏名: 旭 二郎 (続柄 長男)	日中連絡のとりやすい電話番号 ① 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ②
住所: 旭市二の2132番地		
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 checked="" type="checkbox"/> 定期的に受診 (前回受診日 △月 □日) (次回受診日 月 日)	<input type="checkbox"/> 入院(所)中 (いつから / ~) 病院・施設名( ) (入院中の病棟名 階 号室)
	<input type="checkbox"/> 不定期に受診 (最終受診日 月 日)	<input type="checkbox"/> 退院予定
	<input type="checkbox"/> 未受診 (受診予定日 月 日)	( 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	