【 要介護・要支援　申請確認票 】

年　　月　　日

フリガナ		記入者	□本人　□家族　□ケアマネジャー □包括職員　□市町職員　□施設職員 □その他（　　）
被保険者氏名			

世帯状況	□一人暮らし　□昼間一人　□夫婦世帯　□家族と同居　□施設入所 □その他（　　）
心身の状況や日常生活で困っていること	難聴　□無　□有（右・左）　□不明　意思疎通　□可　□不可　□不明 □ 一人で外出できない　□住宅改修をしたい □ 家事（食事・掃除・洗濯等）ができない　□福祉用具の貸与や購入をしたい □入浴や排泄に支障がある　□退院後の生活が不安 □認知症があり、目が離せない　□介護者が外出できない □家にこもりがち　□特にない □その他（　　）
調査の実施場所	□自宅（住民票の住所） □病院・施設（名称：　　階　　病棟　　号室） □その他（名称：　　電話番号：　　） （訪問先住所：　　）
家族等の立会い	□する（立会人　　）　□しない（調査後の連絡　□要　□不要）

調査できない日（曜日）

□いつでも可	※都合が悪い日を記入して下さい。 例）４／５，４／８午後	※都合が悪い曜日・時間帯に×を付けてください。
	・調査は平日のみ実施します。 ・調査時間は概ね1時間ほどです。 ・デイサービスや訪問介護等のサービス利用中は調査できません。	

開始時間	月	火	水	木	金
10:00～					
11:00～					
13:30～					

駐車場所の有無（調査員移動車両用）	□有（□敷地内　□その他（　　） □無
調査時に気を付けてほしいこと	□調査前・後に別室等で家族のみの聞き取りを希望する。 □次の理由で早めの調査を希望する。 □がん（ 告知済・未告知 ）　□暫定ケアプランでサービス利用中 □その他（　　） □その他（　　）

【 利用を希望するサービス 】

□訪問介護（ホームヘルプサービス）
□通所リハビリテーション（デイケア）
□住宅改修
□施設入所
□現在利用中のサービスを継続したい
□通所介護（デイサービス）
□短期入所（ショートステイ）
□福祉用具の貸与及び購入
□サービスの利用を検討中

【 現在、利用しているサービス 】　※利用している曜日に〇を付けてください。

□訪問介護（ホームヘルプサービス）	月	火	水	木	金	土	日
□通所介護（デイサービス）	月	火	水	木	金	土	日
□通所リハビリテーション（デイケア）	月	火	水	木	金	土	日
□短期入所（ショートステイ）	月	火	水	木	金	土	日
□小規模多機能型施設	月	火	水	木	金	土	日

□福祉用具の貸与　ベッド　手すり　車いす　歩行器　その他（　　）
□福祉用具の購入　腰掛便座　特殊尿器　入浴補助用具　その他（　　）

□住宅改修
□施設入所（　　）
□介護タクシー
□その他（　　）
□各市町の介護予防事業（名称
□現在利用中のサービスなし

※新規申請者について

・介護保険認定後は「いきいき教室」は利用できません。　□説明
・介護保険認定後は医療保険でのリハビリは利用できません。　□説明
・自己負担による事業所サービス利用　なし・あり（通所・訪問・福祉用具）・不明　□説明
・訪問介護の生活介護は、同居家族や同一敷地内に支援者がいる場合利用できません。　□説明