

# 介護相談受付票

(介護保険申請書の裏面)

該当するものにチェック☑または、○を付けてください。

令和 年 月 日

<b>フリガナ</b>		<b>家族構成</b>	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 世帯員あり (☐日中はひとり)
<b>対象者氏名</b> (介護を必要とする人)		<b>対象者との続柄</b>	<input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 代理人
<b>ご家族連絡先</b>	<b>フリガナ</b>	<input type="checkbox"/> 介護認定申請書と同様(下に住所の記入は不要です) 〒 -	
	<b>氏名</b>		
	<b>連絡先住所</b>	① - - 自宅・携帯・その他( ) ②上記で連絡が見つからない場合 - - 連絡先( ) ※認定調査員等が連絡します。調査員個人の電話(携帯等)から連絡する場合があります。	
<b>電話番号</b>			
<b>認定調査実施場所</b>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 病院名: [ 病棟・階] 退院予定( 月 日)・未定 <input type="checkbox"/> 施設 施設名: <input type="checkbox"/> その他(市外等 所在する場所: )		
<b>相談内容</b>	<input type="checkbox"/> 介護が必要になった・サービス利用について相談したい <input type="checkbox"/> デイサービス・ヘルパーサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具(手すり・歩行者・ベッド等)・訪問看護・短期入所を利用したい(希望するものに○) <input type="checkbox"/> 医療機関からのすすめ(原因となる病名などありましたら以下に記載してください) サービスを使用したい理由、相談したい心配事や困り事、病名や症状などを具体的にご記入ください ( )		
以下について、番号に○印又は記入をしてください。 1 歩行について                      1. できる 2. 杖などつかまって歩行 3. 介助が必要 4. できない 2 洗身(入浴)について              1. できる 2. 見守りや一部介助が必要 3. 自力でできない 3 排泄行為について                1. できる 2. 見守りや一部介助が必要 3. 自力でできない 4 薬の管理について                1. できる 2. できない( ) 5 ひどい物忘れについて            1. ない 2. ある(症状: ) 6 日中の生活                         1. よく動いている 2. 座っていることが多い 3. 横になっていることが多い			
現在使っているサービスについて記入してください。医療訪問看護、生きがいデイサービスなど ( )			職員記載: 生きデイ利用

マイナンバーを利用した健康保険証の情報照会への同意(表面のマイナンバー記載が必要です)

**申請書共通チェックリスト様式**

**担当部署名: 市民福祉部 介護福祉課      問い合わせ先: 025-792-9755**

**調査員から連絡があった場合の折り返し専用番号: 025-792-1255**

<b>申請等の名称</b>	介護保険「要介護認定・要支援認定」申請書	<b>受付者</b>	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">○</span>                  受付印             </div>
<b>申請者</b>	住所:		
	氏名:		

	書類の名前	省略	省略できる条件	受付窓口	担当課
1	申請書本体	不可	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	主治医意見書作成事前調査票	可	原則全員提出。 主治医が小出病院(入院中の者を除く)、ふくじゅクリニック、堀之内医療センター、守門診療所、庭山医院、中島脳外科内科医院の場合は必須。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	介護保険被保険者証	可	被保険者証を紛失した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	加入医療保険資格情報がわかる書類の写し(40歳から64歳までの方のみ)	可	マイナンバーを利用した保険者への照会に同意をいただける場合は省略可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>