

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

フリガナ		家族構成		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし
対象者氏名 (介護を必要とする人)				<input type="checkbox"/> 世帯員あり (☐日中はひとり)
ご家族 連絡先	フリガナ	対象者との続柄		<input type="checkbox"/> 家族()
	氏名			<input type="checkbox"/> 代理人
	連絡先住所	<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)		
	電話番号	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() ※連絡が取れる時間帯を記入してください。 ・いつでも連絡可能 / ・AM PM 時から 時のあいだ / その他()		
認定調査 実施場所	<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"/> その他(施設・市外等 所在する場所:)			
相談内容	<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・歩行器・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()	3. 家族・病院で管理	
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 <input type="checkbox"/> 有無チェック済

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)

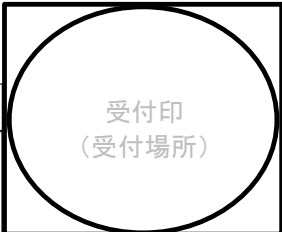
申請書共通チェックリスト様式

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

申請等の名称: 介護保険「要介護認定・要支援認定」申請書

申請者氏名:

受付者	 受付印 (受付場所)

	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、星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"/>