

申請時の状況調査票

受付年月日：令和 年 月 日 受付・連絡者氏名（ ）

申請区分	新規・更新・区分変更	被保険者番号										
被保険者氏名							同居家族	有 ・ 無				
入院中の場合	入院開始日：令和 年 月 日 病院名（ ） 退院予定日：令和 年 月 日 病 名（ ）											
調査場所	自 宅 ・ 施設／入院先（ ） その他（氏名 住所 ）											
調査の立会い 日程調整の 連絡先	☐ 同席あり ☐ 同席なし（同席がない場合は日程調整を行う方について） 氏名 続柄 同居 ／ 別居 日中連絡が取れる電話番号： 電話連絡の希望時間帯： 調査の都合が悪い日時：											
認知症状	無 ・ ときどきある ・ 有（症状： ）											
歩 行	安定 ・ 不安定（ ）											
意思の疎通	問題なし ・ 耳がとおい ・ 補聴器利用 ・ 困難											
現在受けているサービスの状況 （サービスを受けている曜日・場所など）	福祉用具（貸与 ・ 販売 ・ 無 ） 住宅改修（有 ・ 無 ）											
	通所リハビリ（デイケア） 月・火・水・木・金・土・日 場所（ ）											
	通所介護（デイサービス） 月・火・水・木・金・土・日 場所（ ）											
	訪問看護 月・火・水・木・金・土・日 場所（ ）											
	訪問介護（ホームヘルパー）月・火・水・木・金・土・日 場所（ ）											
通 院 ・ そ の 他 月・火・水・木・金・土・日 場所（ ）												
主治医への受診歴	前回（令和 年 月 日） ・ 次回（令和 年 月 日） 予定											
認定後希望するサービスに○を付けて下さい。	通所リハビリ・デイサービス・訪問看護・ヘルパー・住宅改修 その他（ ）											
（新規申請、区分変更申請の方）申請の理由、前もって調査員に伝えたいこと、現在困っていること等												
認定結果の通知先	☐ 住所地(自宅) ☐ 自宅以外 氏名： 住所：〒											
備 考												

※ 申請提出後の入転院等については、役場福祉課（0967-72-1229）までご連絡下さい。

※ 調査の日程調整は調査員より午前8時30分～午後3時30分の間に（0967-82-3022）または（0967-72-1229）よりお電話いたします。不在着信が入っていた際は折り返しのお電話をお願いいたします。