

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	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
被保険者氏名	山都 花子								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 山都 清子 続柄 長男の嫁 同居 / 別居 日中連絡が取れる電話番号：080-1234-5678 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：ご飯を食べたことを忘れる）												
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 気になられること、お困りごと等ありましたらご記入ください。													
認定結果の通知先		☐ 住所地(自宅) ☒ 自宅以外 氏名：山都 太郎（長男） 住所：〒 送付先の住所をご記入ください。											
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。