|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | 世帯構成 | □１人暮らし  □高齢者(65歳以上)のみ世帯  □その他（　　　　　　　　） |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日（　　　　　歳） | | | | | | | | | | | |

記入日　　　　年　　月　　日

令和元年12月改訂版

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ケアマネジャーや高齢者くらしサポートに | 事業所名 |  |
| 相談している場合は右に記入してください。 | ケアマネジャー等名 |  |

１．認定調査の**訪問先住所**を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| □在宅　（□一戸建　□集合住宅（ｴﾚﾍﾞｰﾀｰ 有 ・ 無 ））  □入院・入所中  （病院・施設名： 　　 　　　　　　　　　）  （病棟、階、部屋番号：　 　　　　　　　　　　　　）  ※退院のめど： 無 ・ 有（時期：　　　　　　　　） | 訪問先住所（必ず記入してください）  訪問先TEL：　 －　 　　－ |

２．**認定調査の訪問約束時に必要な情報**を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　　　　　） | |
| TEL：日中連絡の取りやすい順に、電話番号を記入してください。 | |
| －　　　　－  ① | －　　　　－  ② |
| （携帯・自宅・職場・その他（　　　　　　　）） | （携帯・自宅・職場・その他（　　　　　　　）） |
| 調査同席者 | □あり　　氏名：　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　　　　　）  □なし | |

３．**ご本人の現在の状況について**該当箇所に✔印を入れ、病気があれば分かる範囲で記入してください。

Ⅰ.普段はどのようにお過ごしですか　　　Ⅱ.物忘れの状況について　　　　　　Ⅲ.主な病気（分かる範囲で）

□　近くなら、外出できる　　　　　　　□　物忘れはない　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　）

□　室内では、歩行できる　　　　　　　□　年齢相応の軽い物忘れがある　　（　　　　　　　　　　　　）

□　日中は主に車椅子の生活　　　　　　□　家の中や外出先で、誰かの　　　（　　　　　　　　　　　　）

□　日中もベッド上の生活　　　　　　　　　注意が必要

□　その他（　　　　　　　　）　　　　□　常に見守りや声かけが必要

４．**利用したいサービスや、認定調査に際して伝えておきたいこと**などを記入してください。

|  |
| --- |
| （必ず記入してください）　例）施設入所したい、調査に都合の悪い曜日・時間帯、難聴なので大きな声で　など |

５．申請時に**添付が必要な書類**についてはチェックリストを確認のうえ、以下に✔印を入れてください。

|  |
| --- |
| **①介護保険被保険者証(全員)**　□ 添付　　□ 紛失　　□ 調査時回収　　□ 未交付(40歳以上65歳未満）  **②健康保険証（40歳以上65歳未満のかた）**  提示または写しの添付がない場合は､マイナンバーを利用して健保組合等に加入状況を確認させていただきます｡  □ 同意する　　　□ 同意しない → 健康保険証の添付が必要です。 |

市記入欄

確認者印

●調査割当先

前回（　　　　　　　　）

今回（　　　　　　　　）

●変更申請の理由

□状態の悪化　□状態の改善

□その他（　　　　　　　　）

処理者印

申請区分（新規・更新・区分変更）・有効期間（現介護度　　　　　・　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日）

●調査依頼日　　年　　月　　日

★提出期限　　　年　　月　　日