【更新・区分変更】要介護認定申請等に係る確認事項

該当項目□に✓、内容をご記入下さい。※状況により調査日程のご希望に添えない場合がございます。

本人氏名	

1. 利用中の介護保険サービス

※住宅改修　□有　□無　　※福祉用具購入（6ケ月以内）□有　□無　（　　）

サービス	事業所名
□①訪問介護	（　　）
□②訪問看護	（　　）※医療保険は要確認
□③訪問リハビリ	（　　）
□④通所介護	（　　）
□⑤通所リハビリ	（　　）
□⑥ショートステイ	（　　）
□⑦その他	（　　）
□⑧福祉用具貸与	（　　）

※下記に該当するサービス番号①～⑦を記入してください。

区分	月	火	水	木	金	土	日	備考
午前								
午後								

介護保険外のサービス	□利用なし　□利用あり □訪問給食（　　食）□オムツ支給　□保険外レンタル（　　）
傷病名	□無　□有（傷病名：　　） ※有の場合は、特定疾病または生活機能低下の直接となっている傷病名

2. 調査先（※調査は、土日祝日・年末年始以外、役場の開庁時間帯にお願いします）

□	病院	病院名（病棟、相談員等分かる範囲でご記入ください） 連絡先	
□	施設	施設名 連絡先	**病院受診予定日** （　　月　　日）
□	その他	□自宅　希望日時　午前 / 午後 □自宅以外（	※次回の受診日が2～3週間先になる場合、認定結果が判るまでに時間を要します。早めの認定結果を希望される方は、近日中に受診していただきますようご協力お願い致します。

3. 認定結果（新しい介護保険被保険者証等）送付先　※自宅以外の場合、本人もしくは家族の同意が必要です

□自宅　　〒　　－

□自宅以外（□同意有）　ご住所：　　（　　様方）

□取り置き（□同意有）　受取者氏名：

4. その他の連絡事項

担当ケアマネ-ジャ-の氏名		連絡先	