要介護(要支援)認定の申請にあたっての連絡票

八千代町

|  |
| --- |
| 申請を受けてから、ご本人の状態を確認するため調査員が訪問調査に伺います。その際、できるだけ日頃の状況をよく知っておられる介護者等の同席をお願いしています。円滑に訪問調査及び日程調整等を行うために、この連絡票への記入をお願いします。なお、連絡及び調査は、原則的に平日（月～金）の日中となります。★医療機関に入院中の方は、原則として認定申請の受付はいたしません。ただし、例外として以下に該当する方のみ入院中でも受付いたします。(1)退院日が確定し、かつ退院後すぐに介護サービスを利用する予定のある方(2)病状が安定しており、退院後施設への入所を希望している方 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **本人氏名** |  | 認定申請日：令和　　年　　月　　日 |
| **記入者氏名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との関係：　　　　　　　　　） |
| **認定調査に****ついて** | ●調査時の立会：□希望する　□希望しない　□都合があえば●調査の連絡先：氏名　　　　　　　　　　　本人との関係　　　　　　　　　　必ず連絡可能な電話番号：①自宅・携帯・勤務先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②自宅・携帯・勤務先　　　　　　　　　　　●その他注意してほしいこと・連絡時　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・調査時　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **本人の状況** | ●家族：□有　□独居　●認知症の有無：□ある　□ない　□軽度疑い　□不明●身体に障害がある：□有　□無　●その他の注意事項（　　　　　　　　　） |
| **現在の居所****(住民票の住所地と異なる場合)** | □住民票**以外の**住所地　住所：　　　　　　　　　　　　世帯主名：　　　　□入院・入所中　**入院理由**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院等施設名：　　　　　　　　　　　　　科・病棟：　　　　　　　　入院：　　　年　　月　　日　　　退院予定：　　　　　　　　　・未定　　退院後の予定　□在宅　　□施設入所　　□未定（　　　　　　　　　　） |
| **受診予定日** | ●かかりつけ医療機関への次回受診予定日：　　　　　　　　　　　　 |
| **サービスの****利用** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービスの種類 | 事業所名 | 利用曜日（○をつける） |
| □訪問介護（ホームヘルプサービス） |  | 月・火・水・木・金・土・日 |
| □訪問入浴介護 |  | 月・火・水・木・金・土・日 |
| □訪問看護 |  | 月・火・水・木・金・土・日 |
| □訪問リハビリテーション |  | 月・火・水・木・金・土・日 |
| □通所介護（デイサービス） |  | 月・火・水・木・金・土・日 |
| □通所リハビリテーション（ディケア） |  | 月・火・水・木・金・土・日 |
| □短期入所(ショートスティ) |  | 　　月　　日～　　月　　日月・火・水・木・金・土・日/週 |

 |
| 福祉用具貸与 |
| 住宅改修有・無 |
| **新規申請者****サービス希望** | 1. 緊急に利用したい　　　　　　　　　　　②認定結果が出てから利用したい
2. 利用するサービスが　わからない・特に無い ④主治医に勧められた
 |
| **第三者行為****（交通事故等）** | ※該当する方のみ、下記の項目について記入してください①事故発生日（　　　　年　　月　　日）②示談の有無（有・無）　③有の場合（示談日：　　　　年　　月　　日） |