

申請書

申請年月日 令和 ○年 ○月 ○日

▼この欄は認定を受けようとするご本人についてご記入ください。

太ワク内の必要事項を記入してください。（裏面もあります。）

※申請書には介護保険被保険者証（第2号被保険者の方は医療保険の加入状況が確認できるもの）を添えて提出してください。

認定調査（訪問調査）連絡票

調査員が訪問を行う際の参考にさせていただきますので、下記事項について、該当部分に✓を入れ、具体的な状況についてご記入ください。

▼調査日調整のための連絡先

氏 名	☒ 提出者と同じ ☐ その他〔氏 名フリガナ 被保険者との関係〕
① 電 話	24-3016 ☒ 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 連絡希望時間 9時～12時
② 電 話	〔自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先〕 連絡希望時間
被保険者（認定を受ける方）が現在生活されているところ	☒ 在宅（一人暮らし ・ ☒ 高齢者のみ ・ 同居家族あり） ☐ 入院・入所（年 月 日より入院・入所中） 病院（施設）名（ 階 号室） 退院（退所）の予定（なし ・ あり（ 月 日ごろ）） 担当ケースワーカー又は相談員（ ）※決まっている場合記入 ☐ その他（ ）
駐車場の有無	☒ 有 ☐ 無（ない場合、近隣で駐車できる場所） ※調査員が乗る自動車（軽自動車一台）を停めるスペースがある場合に限り有を選択してください。

※希望連絡時間は、平日の8時30分から17時15分までの間で、必ず連絡が取れる時間帯を記入してください。

▼調査時の留意事項

調査同席者	☒ 提出者と同じ ☐ その他〔氏 名フリガナ 被保険者との関係 同居・別居家族（続柄） ・ ケアマネ・施設（病院）職員〕 ☐ なし ※調査対象者が在宅の場合、調査の正確性の観点から同席者がいることが好ましいです。
調査希望日時	☒ あり 第1希望日時 ○月 ○日 ○時 ○分 第2希望日時 △月 △日 △時 △分 ☐ なし ・ いつでもいい ※調査可能日時は平日の9時から16時までとなっております。ご希望の日時で調査を行えない場合もあります。ご了承ください。
【今回の申請について】 ☐ 新規申請（現在の体調や生活状況等） ☒ 更新申請（前回調査時との違い等） （今回の申請について主治医の先生には 話をしている ・ 次回受診時に話をする） 歩行がふらつくようになり、たびたび転倒を繰り返している。今後も現在使用しているサービスの継続を希望し、更新申請を行うことになった。	

▼現在受けているサービスの情報（該当するものに✓を入れ、利用回数の記入と利用曜日に○をつけてください）

☐ 訪問介護（ホームヘルプ）	月 回 月・火・水・木・金・土・日	☐ 福祉用具貸与	品目
☐ 訪問入浴介護	月 回 月・火・水・木・金・土・日	☐ 特定福祉用具販売	品目
☐ 訪問看護	月 回 月・火・水・木・金・土・日	☐ 住宅改修	あり ・ なし
☐ 訪問リハビリテーション	月 回 月・火・水・木・金・土・日	☐ その他	
☐ 居宅療養管理指導	月 回 月・火・水・木・金・土・日	※各項目は介護予防サービスを含みます。	
☐ 通所介護（デイサービス）	月 回 月・火・水・木・金・土・日	サービス事業者名）	
☒ 通所リハビリテーション	月 4回 月・火・ ☒ 水・木・金・土・日	通所リハビリ（〇〇病院）	
☐ 短期入所（ショートステイ）	月 回 月・火・水・木・金・土・日	※チェックを付けたサービスの事業者名を記入。	

※不明な点は担当のケアマネージャーまたは岩沼市介護福祉課までお問合せ下さい。 TEL 0223-24-3016

認定調査（訪問調査）連絡票

調査員が訪問を行う際の参考にさせていただきますので、下記事項について、該当部分に✓を入れ、具体的な状況についてご記入ください。

▼調査日調整のための連絡先

氏 名	☐ 提出者と同じ ☒ その他〔氏 名 フリガナ サクラ ジロウ 桜 次郎 被保険者との関係 担当相談員〕
① 電 話	〇〇-〇〇〇〇 〔自宅・携帯・勤務先 連絡希望時間 9時～18時〕
② 電 話	〔自宅・携帯・勤務先〕 連絡希望時間
被保険者（認定を受ける方）が現在生活されているところ	☐ 在宅（一人暮らし・高齢者のみ・同居家族あり） ☒ 入院・入所（〇年 〇月 〇日より入院・入所中） 病院（施設）名（里の杜病院 5 階 501号室） 退院（退所）の予定（なし・あり（〇月 〇日ごろ）） 担当ケースワーカー又は相談員（桜 次郎）※決まっている場合記入 ☐ その他（ ）
駐車場の有無	☒ 有 ☐ 無（ない場合、近隣で駐車できる場所） ※調査員が乗る自動車（軽自動車一台）を停めるスペースがある場合に限り有を選択してください。

※希望連絡時間は、平日の8時30分から17時15分までの間で、必ず連絡が取れる時間帯を記入してください。

▼調査時の留意事項

調査同席者	☐ 提出者と同じ ☒ その他〔氏 名 フリガナ サクラ ジロウ 桜 次郎 被保険者との関係 同居・別居家族（続柄）・ケアマネ・施設（病院）職員〕 ☐ なし ※調査対象者が在宅の場合、調査の正確性の観点から同席者がいることが好ましいです。
調査希望日時	☒ あり 第1希望日時 〇月 〇日 〇時 〇分 第2希望日時 △月 △日 △時 △分 ☐ なし・いつでもいい ※調査可能日時は平日の9時から16時までとなっております。ご希望の日時で調査を行えない場合もあります。ご了承ください。
【今回の申請について】 ☒ 新規申請（現在の体調や生活状況等） ☐ 更新申請（前回調査時との違い等） （今回の申請について主治医の先生には 話をしている・次回受診時に話をする） 自宅で胸が苦しいと訴え、緊急搬送され入院した。現在は回復し、歩行訓練等のリハビリを行っている。 退院後は通所リハビリ利用を希望している	

▼現在受けているサービスの情報（該当するものに✓を入れ、利用回数の記入と利用曜日に○をつけてください）

☐ 訪問介護（ホームヘルプ）	月 回 月・火・水・木・金・土・日	☐ 福祉用具貸与	品目
☐ 訪問入浴介護	月 回 月・火・水・木・金・土・日	☐ 特定福祉用具販売	品目
☐ 訪問看護	月 回 月・火・水・木・金・土・日	☐ 住宅改修	あり・なし
☐ 訪問リハビリテーション	月 回 月・火・水・木・金・土・日	☐ その他	
☐ 居宅療養管理指導	月 回 月・火・水・木・金・土・日	※各項目は介護予防サービスを含みます。	
☐ 通所介護（デイサービス）	月 回 月・火・水・木・金・土・日	サービス事業者名）	
☐ 通所リハビリテーション	月 回 月・火・水・木・金・土・日		
☐ 短期入所（ショートステイ）	月 回 月・火・水・木・金・土・日	※チェックを付けたサービスの事業者名を記入。	

※不明な点は担当のケアマネージャーまたは岩沼市介護福祉課までお問合せ下さい。 TEL 0223-24-3016