

認定申請に関する確認票

申請者様の審査にかかわる大切な資料となります。該当する箇所の□欄にチェックを入れ、記入をお願いします。

【訪問調査にかかわる連絡先等について】

連絡先等	①氏名	※本人との関係 ()	電話番号	()	自宅・携帯・職場 時間帯	職場 時頃
	②氏名	※本人との関係 ()	電話番号	()	自宅・携帯・職場 時間帯	職場 時頃
被保険者家族構成						
調査場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設	病院・施設名			病棟・号室	
	※調査場所が病院・施設の場合は記入してください。					
<担当者>		※担当ケアマネジャー・相談員等		<施設・病棟等の電話番号>		()
立合希望	<input type="checkbox"/> する	立合者 ()		本人との関係:		()
	<input type="checkbox"/> しない	※病院や施設での調査の場合は、看護師や職員への聞き取りが中心となります。				

【申請理由について】

- 医療機関からのすすめ ご病気等があり、日常生活において困っている。

※上記にかかわる具体的な症状（認知症、排泄についての不安など） ・ 申請に至るまでの入院歴 ・ 前回調査時との状態の変化の有無等

【現在の状況について】

- 病院に入院中 退院の予定がある（退院予定日 年 月 日）
 自宅で生活している。 介護施設に入所中。（施設名：)

【介護サービスの利用意向について】

- デイサービス ホームヘルプ 訪問看護 ショートステイ
 福祉用具貸与等 施設入所 住宅改修 その他 ()

【上記サービスの利用時期について】

- すぐに使う予定がある 近い将来利用する 現在利用予定はない

【その他（事前の伝達事項、現在の介護サービスの利用状況・回数等）】

--

※町記入欄

住基情報入力 (TKC)	審査会個人情報入力 (iRabit)	申請受付入力 (iRabit)	医師の意見書 送付	訪問調査依頼書 送付
資格者証 送付	ケアプラン受付	結果通知 送付	保険者証 送付	