

連絡先等について

被保険者番号											氏名		
現在の状況について	1. 訪問調査先と同じ場所にいる。												
	2. 入院中 入院期間:令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日・退院未定												
訪問調査先	訪問先の種類等	本人宅・親族宅・施設・病院・その他()											
	住所	〒 - 電話番号() -											
	名称	※本人宅の場合は記入不要。											
認定調査時の同席者(いずれかに○)	1. 同席を希望しない。												
	2. 同席を希望。		フリガナ									被保険者との関係	
認定調査の日程調整連絡先 (連絡が付きやすい順に記入してください。)	連絡先①	フリガナ氏名							電話番号	①			
		(続柄:)										②	
	連絡希望時間帯:特になし・午前・午後・その他()時頃												
	連絡先②	フリガナ氏名							電話番号	①			
(続柄:)										②			
連絡希望時間帯:特になし・午前・午後・その他()時頃													
認定調査の希望日時(いずれかに○)	1. 特に希望なし												
	2. 希望あり(下記に○をつけてください。ご希望に沿えない場合がありますので、ご了承ください。) 【曜日】月・火・水・木・金 【時間】午前・午後()時頃												
手話・外国語の通訳派遣について(いずれかに○)	1. 必要なし(同席者が通訳できる場合はこちらを選んでください。)												
	2. 必要あり		手話・外国語(言語名:)										
認定調査員に伝えたいこと(あれば記入してください。)													

ここに記載されている情報につきましては、認定調査員による訪問調査の連絡調整、及び認定結果が要支援1または要支援2となった場合に、担当する高齢者あんしんセンター(地域包括支援センター)に対する情報提供に使用します。
つきましては、認定調査員(認定調査を委託する法人の認定調査員を含む)、及び担当する高齢者あんしんセンター(介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントの作成を委託する法人を含む)に対し、この「連絡先等について」の内容について情報提供することに同意をお願いします。

同意欄
本人氏名(被保険者氏名を記入。代筆可)
※ _____

裏面も記入してください。

以下は記入不要。(八尾市記入欄)

受付	申請区分		調査担当者		備考欄	
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 要支援者新規	<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変	市		1	本人・家族・代行()
			委託(市内)		2	
			委託(市外)		<input type="checkbox"/> 家族の同時申請(同時調査・別調査)	

[サービスの利用意向について]

どのような介護(介護予防)サービスを利用したいですか。該当する番号に○をつけてください。
(複数回答可)

1-1	訪問介護(そうじ、買い物、洗濯、調理などの家事援助)
1-2	訪問介護(入浴、排せつ、食事などの身体介護)
2-1	通所介護(運動、閉じこもり予防)
2-2	通所介護(入浴、食事など)
3	施設入所
4	短期入所生活介護(ショートステイ)
5	通所リハビリ(デイケア)
6	訪問看護
7	福祉用具(レンタル・購入)
8	住宅改修