

下記の質問にお答えください。

1 現在のサービス利用状況を教えてください。

現在利用中 ⇒ 「2 サービス利用中の方」へ

今後利用したい ⇒ 「3 今後サービスを利用したい方」へ

利用する予定なし ⇒ 申請の必要はないかと思われます。後日連絡させていただきます。

2 サービス利用中の方

(1) ケアマネジャーの名前・事業所名 ()

(2) 現在受けているサービス

通所介護 (デイサービス) (回/週 曜日)

通所リハビリ (デイケア) (回/週 曜日)

訪問介護 (ホームヘルプ) (回/週 曜日)

訪問看護 (回/週 曜日)

訪問リハビリ (回/週 曜日)

訪問入浴介護 (回/週 曜日)

看護小規模多機能型居宅介護 ()

福祉用具貸与 ()

短期入所者生活介護 (ショートステイ)

その他施設サービス等 ()

3 今後サービスを利用したい方

今後、利用したいサービスは何ですか。

通所介護 (デイサービス) 通所リハビリ (デイケア)

訪問介護 (ホームヘルプ) 訪問看護 訪問リハビリ 訪問入浴

短期入居者生活介護 (ショートステイ) 住宅改修 福祉用具購入・貸与

その他施設サービス等 ()

4 最近の体調の変化 (前回の認定調査時と比較して)

変化なし 良くなった ()

悪くなった ()

5 現在の居所 (認定調査場所) 自宅 施設 病院 その他 ()

名 称	
住 所	
駐 車 場	あり なし

6 認定調査立会人 (認定調査員より日程調整のための連絡がいきます)

フリガナ	
氏 名	続柄 ()
住 所	〒 携帯番号 電話番号
※連絡可能な時間帯や調査希望日などがありましたら、ご記入ください。	

7 認定結果送付先

フリガナ	
氏 名	続柄 ()
住 所	〒

----- ※町記入欄 (何も記入しないでください) -----

受 付	被保証	入 力	資格者証交付	(備考)
/	/	/	/	窓口
				郵送
				FAX