

区分変更 申請

被保険者氏名 ()

本人は、現在どちらにいらっしゃいますか。

- 在宅 ・ 施設入所中 ・ 病院入院中

在宅の場合

- 現在、サービスを利用していますか。 利用している・していない

- どのようなサービスを利用していますか。

ケアマネジャー【居宅介護支援事業所：

担当：】

- デイサービス 【 月・火・水・木・金・土・日 】 事業所名【 】
- ホームヘルパー 【 月・火・水・木・金・土・日 】 事業所名【 】
- ショートステイ 【 月 日 ～ 月 日】 事業所名【 】
- その他 () 【 月・火・水・木・金・土・日 】 事業所名【 】

施設入所中の場合

- 施設名 ()

病院入院中の場合

- 病院名 ()
- 病室 (階 号室)
 - 退院の見込 (入院日 月 日～ 月 日頃退院予定 ・ 未定)
 - 病名 ()
 - 悪性の場合、本人への告知はしましたか。 した・しない

調査のための家族等への連絡先

- 認定調査の立会い 希望する・希望しない

※立会いを希望されない場合は、本人や施設職員等からの聞き取り調査を行ったのち判定を行いますので、ご了承ください。

- 連絡の取れる家族 (氏名 : 続柄 同居 ・ 別居)
連絡先 (☎ - -)

連絡の取れる時間【平日 8 : 30～17 : 15】 午前・昼休み・午後・いつでも

※☎028-675-8105 からの着信履歴があった場合は、折り返しお電話いただければ幸いです。

- 調査希望日 月・火・水・木・金 午前・午後

※デイサービスやショートステイの利用回数が多い場合には、施設に訪問して調査させていただくことがあります。

- 認定結果送付先 自宅・その他 ()

その他:

町健康福祉課記入欄 受付者名 ()