要介護・要支援認定申請　聞取票

本人氏名（介護認定者）	生年月日 大正・昭和 年　月　日	住　所 電　話

1 介護保険のサービス利用について

ご本人は現在介護保険サービスを利用していますか。

□ 利用している　　□ 利用していない

2 施設等入所状況について

ご本人は、現在どこで日常生活を送っていますか。

□ 特別養護老人ホーム
□ 老人保健施設
□ 病院等の施設

施設名称
住所
電話

□ 自宅（住民登録しているところ）

□ その他 （　　）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

3 訪問調査について

訪問調査員がご自宅や施設等を訪問する際、ご家族の立会いをお願いしています。

① 家族の立会

□ い　る　　ふりがな 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿（ご本人との関係　　）

□ いない　　家族以外の立会者＿＿＿＿＿＿＿＿（ご本人との関係　　）

② 調査を決める際の連絡先

ふりがな
氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿

ご本人との関係 （　　）

日中連絡のつく電話番号

＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿

参考のため3週間先までの予定で
都合の悪い曜日又は、日にちがあれば書いてください。

＊具体的な日程調整は調査員から電話します。

4 診察券番号 （**足柄上病院を主治医に指定した方だけ**書いてください）

足柄上病院の診察券番号＿＿＿＿＿＿＿＿ー＿＿＿＿＿＿＿＿

＊受診の際、主治医に介護保険の意見書への記載をお願いする旨をなるべくお伝えください。

5 現在の病状等

現在の病名・病状・困り事・利用したいサービス等

※必ず書いてください

＊これまでお使いになっていた介護保険証（ピンク色）を一緒に提出してください。

＊町確認欄（この欄の記入は不要です。）

申請受付	主治医意見書依頼	調査員依頼日	調査日時	調査手段（車）	備考
年　月　日 担当	年　月　日 担当	年　月　日 調査員	年　月　日 時	駐車スペース あり ・ なし	