

要介護認定申請受付票

平成 年 月 日
 受付担当者

被保険者氏名	
窓口に来られた人	続柄：
心身の状態 申請理由等 要介護認定を受けようと思われた理由、現在の心身の状況、困っていることなど	○聞き取りしますので、記入しないでください
現在の居所 調査場所が住所と異なる場合は必ずお知らせください	①在宅 家族の状況（同居・日中独居・独居） 同居家族の続柄： ②入院入所中 病院施設名： 科・病棟： 入院年月： 退院予定： ・未定
サービスの 利用希望	①緊急に利用したい 理由： ②認定結果が出てから利用したい 希望するサービス： ③利用するサービスが 分からない・特にない ④主治医に勧められた
認定調査について 正確な調査のため介護者の方の立会いをできるだけお願いします	○調査時の立会 希望する・希望しない・都合があれば ○認知症の有無 ある・ない・軽度疑い・不明 ○調査時の連絡先 氏名 続柄： 住所 日中必ず連絡可能な電話番号 携帯 勤務先等 会社名 不都合な曜日/時間 ○駐車場所の有無
かかりつけ医 について 主治医が複数いる場合は、介護が必要になってくる原因の主たる傷病の担当医師を記入してください	①定期的に受診している ②薬のみで受診していない・最近受診していない・具合が悪いときしか受診しない・主治医が決まっていない等で / 頃受診する予定 ③入院中 ④入院中だが近いうち退院・転院・施設入所の予定がある ※申請後すぐに受診されても意見書の依頼が届いていないことがあります。受診の際には、介護保険の認定申請中と医療機関にお伝えください。
通信欄	