

事 務 連 絡

平成30年11月28日

各居宅介護支援事業所 御中

西原村 保健衛生課長  
(公印省略)

介護保険要介護（要支援）認定申請書の裏面にかかる様式変更について（通知）

標記の件につきまして、平成30年12月1日より、本村で使用する介護保険要介護（要支援）認定申請書の裏面（認定調査連絡票）の様式を変更いたします。つきましては本年12月1日以降、本村の被保険者にかかる標記申請書を提出する場合は、様式変更後のものを使用していただきますようお願いいたします。

なお、当面の間は変更前の様式でも受け付けることを申し添えます。

問い合わせ先

西原村役場

保健衛生課 保険係

TEL 096-279-4389（直通）

FAX 096-279-3438

**認定調査連絡票**

**1：認定調査時の対応は、ご本人一人でできますか？（○を付けてください）**

① 本人一人で対応できる

〔 普通にできる ・ 大きい声で話せばわかる ・ 補（助）聴器を使用するとできる 〕

軽微な物忘れはあるが、電話や伝言等に支障はない

② 本人一人では対応できない

〔 難聴がある ・ 言語障害がある ・ 認知症がある ・ 重度の視覚障害がある ・ 手話・筆談が必要 〕

**2：同居されている家族の方は？（○を付けてください）**

いる

いない

**3：訪問調査時の同席について（○を付けてください）**

同席する

日程等が合えば同席する

同席しない

※上記にて同席を希望される場合に記入してください。

同席者氏名：..... 本人との関係：.....

電話番号 自宅・職場（.....）

携帯（.....）

**本人または同席者と連絡が取れる時間帯**

1 いつでも可

2 .....曜日

※月曜日から金曜日の午前 9 時から午後 4 時の間で

.....時～.....時頃 お願いします。

**4：訪問調査先について（○を付けてください）**

自宅

施設

病院

その他（.....）

「施設・病院」の場合

施設名（.....）病棟（.....）電話番号（.....）

**5：定期的に家を不在にする日があれば下表にご記入ください。（訪問調査に利用します。）**

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

福祉用具レンタル品

有・無〔.....〕

**6：調査後、関係者からの情報収集について**

必要なし

必要あり（関係者名：..... 電話番号：.....）

**7：身体状況等における現在の様子や状態の変化、困っていることがあれば書いてください。**

**認定調査連絡票**

1：認定調査時の対応は、ご本人1人でできますか？（○を付けてください）

③ 本人一人で対応できる

〔 普通にできる ・ 大きい声で話せばわかる ・ 補（助）聴器を使用するとできる  
軽微な物忘れはあるが、電話や伝言等に支障はない 〕

④ 本人一人では対応できない

〔 難聴がある ・ 言語障害がある ・ 認知症がある ・ 手話通訳がいる  
重度の視覚障害がある 〕

2：同居されている家族の方は？（○を付けてください）

いる

いない

3：訪問調査時の同席について（○を付けてください）

同席する

日程等が合えば同席する

同席しない

※ 上記にて同席を希望される場合に記入してください。

〔 同席者氏名： 本人との関係：  
電話番号 自宅・職場（ ） ー  
携帯（ ） ー 〕

電話番号は昼間に必ず連絡が取れるところをご記入ください

4：訪問調査先について（○を付けてください）

自宅

施設

病院

その他

※ 自宅以外の場合は施設名または病院名等を記入ください

（ ）

5：定期的に家を不在とされる日があれば下表に×印を付けてください。  
（訪問調査時の日程調整に活用します。）

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

6：調査後、関係者からの情報収集について

必要なし

必要あり（関係者名： 電話番号： ）

7：身体状況等における現在の様子や状態の変化、困っていることがあれば書いてください。