受付者：

**【日常生活支援総合事業・介護保険認定申請書（新規・更新・変更）受付に伴う確認シート】**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　令和　　　年　　月　　日

ＭＴＳ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日（年齢） | （　 ） |
| 住所 | 栃木市 | 電話番号 | 　　　－ |

１　窓口に来た方

□本人（対象者）　□家族（同世帯　　　　別世帯　　　　）　□その他（　　　　　　　）

２　現在介護認定を受けていますか。

□受けていない　⇒４へすすむ　　　□受けている（要支援　　　　要介護　　　）　⇒３へすすむ

３　現在利用している介護保険サービス

□　ヘルパー（ 月 火 水 木 金 土 日 ）　　　　□　デイサービス（場所：　　　　　　　　）

□　デイケア（ 場所：　　　　　　 　）　　　　　　　　　　 　 （ 月 火 水 木 金 土 日 ）

（ 月 火 水 木 金 土 日 ）　　　 □　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

居宅介護支援事業所（　　　　　　　　　　　　ＣＭ名：　　　　 　　　 ）

４　現在の医療状況について

□　通院中（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　入院中（病院名：　　　　　　　　　　　　　病棟：　　　　　　　　　　　　　　）

□　特に通院していない

申請理由等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　**立会人氏名、電話番号及び昼間連絡のつく時間帯**

　氏名　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）☎

　□　いつでも大丈夫　　　□　時間帯指定　　　　　曜日　　　　　時頃が都合が良い

６　生活状況について　　　　　　　　　　　　　　　**Ａ　　　　　　　　　　 Ｂ**

　　歩行（歩けるか）　　　　　　　　　　できる・つかまれば可　 できない

　　更衣（着替えができるか）　　　　　　できる・一部助け必要　 できない

　　清潔（一人で入浴できるか）　　　　　できる　　　　　　　　 できない

　　食事（一人で食事できるか）　　　　　できる　　　　　　　　 できない

　　生活に支障のある物忘れがある　　　　なし　　　　　　　　　 ある

７　困っていることは何ですか　　　　　　①訪問型サービス（ホームヘルプ） 　 ①訪問介護（ホームヘルプ）

その問題を解決するサービス　　　　　・生活援助 　 ・身体介護・生活援助

はありますか　　　　②通所型サービス（デイサービス） 　 ②通所介護（デイサービス）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・レク 運動　　　　　　 ・入浴・食事・リハビリ

・短期集中リハビリ

**Ａ**のみ該当⇒基本チェックリスト　　　　　　　　　**Ｃ** 通所リハビリ

**Ｂ**のみ、**Ａ**と**Ｂ**両方該当　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 訪問看護

③軽度生活援助事業※

④配食サービス※

⑤介護予防教室

⑥あったか体操

⑦はつらつセンター

⑧認知症カフェ

⑨公民館事業

⑩スポーツジム

　　　⇒要介護認定 　　　　　　　　 　　　　　　　　　 福祉用具(レンタル・購入)

**Ｃ**のみ該当⇒高齢福祉サービスのご案内　　ショートステイ

**□　介護予防・生活支援サービス事業（Ａ）**

**□　介護保険認定申請（Ｂ、Ａ＋Ｂ）**

**□　一般介護予防事業（Ｃ）**

**□　高齢者福祉サービス･地域のサービス（Ｃ）**

**□　③～⑩は別紙（ご案内のみ）※要件あり**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住宅改修

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設入所

訪問リハビリ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問入浴