

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

対象者氏名		生年月日（年齢）	M T S ()
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）
 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

歩行（歩けるか） -----> できる・つかまれば可
更衣（着替えができるか）-----> できる・一部助け必要
清潔（一人で入浴できるか）-----> できる
食事（一人で食事できるか）-----> できる
生活に支障のある物忘れがある -----> なし

7 困っていることは何ですか
その問題を解決するサービス
はありますか

A

①訪問型サービス（ホームヘルプ）
・生活援助
②通所型サービス（デイサービス）
・レク 運動
・短期集中リハビリ

B

できない
できない
できない
できない
ある

①訪問介護（ホームヘルプ）
・身体介護・生活援助
②通所介護（デイサービス）
・入浴・食事・リハビリ

通所リハビリ
訪問看護
福祉用具（レンタル・購入）
ショートステイ
住宅改修
施設入所
訪問リハビリ
訪問入浴

C

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

Aのみ該当⇒基本チェックリスト

Bのみ、AとB両方該当

⇒要介護認定

Cのみ該当⇒高齢福祉サービスのご案内

- 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