**介護認定申請情報確認書**

（円滑な認定調査を行うため、ご協力をお願いします）

南種子町介護保険係

**被保険者について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏　名** |  | **集落名** |  |
| **現在の****所在地** | 自宅（ 独居 ・ 隠居 ・ 同居【同居者構成　　　　　　　　　　　　】） |
| 自宅以外（ 入所施設 ・ 入院先 ・ 身を寄せている家族宅など ） |

**認定申請について**

|  |  |
| --- | --- |
| **申　請　日** | 　　　年　　月　　日（ 新規 ・ 更新 ・ 区分変更 ） |
| **有効期限日** | 　　年　　月　　日まで |
| **ケアマネ** | **事業所名** |  | **氏　名** |  |
| **主　治　医** | **病 院 名** |  | **氏　名** |  |
| **住宅改修歴** | 有 ・ 無主な改修内容 |
| **そ　の　他** | ※新規の場合は、利用希望のサービスを記入してください。 |

**訪問調査日程調整で留意する事項**

|  |  |
| --- | --- |
| **サービス****利用状況****および****利用曜日****（期間）** | デイ ・ ショート ・ ヘルパー ・ 地域密着型 ・ 福祉用具貸与施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）利用曜日または期間 |
| **調査立会者** | 有 ・ 無氏名　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）電話番号 |
| **調査日程の****連　絡　先** | ※平日の昼間に連絡のつく連絡先を記入してください。 |