**申　請　者　情　報　提　供　票**

必ず記入↓

No.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請書提出日** | 令和　〇年　〇〇月　〇〇日 |  |
| **被保険者番号** | 　０００００１１１１１　　　　 |  |
| **氏名ふりがな** | 　こうさ　たろう　　　　　　　 |  |
| **被保険者氏名** | 　甲佐　太郎　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| **住所** | 　甲佐町大字〇〇　□□番地　　 |  |
| **電話番号****入所（入院）先****入所先電話番号** | 　０９６－〇〇〇－〇〇〇〇　　　　　　　　　　　　なし　　　　　　　　　　　　　なし　　　　　　　　　　　　 |  |
| **生年月日** | 　明・大・昭　〇年　〇月　〇日 |  |
| **性別** | 　男・女　　年　齢　満　〇〇歳 |  |
| **現在の介護度** | 　自立 ・ 要支援１ ・ 要支援２ |  |
|  | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |  |
| **世帯情報** | 　一人暮らし・夫婦世帯・同居世帯　 |  |
| **調査の立会** | 　　　あり　　・　　なし　　　 |  |
| **立会人の連絡先** | 　 |  |
| **立会人氏名** | 　甲佐　花子　　　続柄（妻） |  |
| **立会人住所** | 　甲佐町大字〇〇　□□番地　　 |  |
| **電話番号** | 　０９６－〇〇〇－〇〇〇〇　 |  |
| **携帯番号** | 　０８０－〇〇〇－〇〇〇〇　 |  |

**※住所地郵送以外の窓口代理受領の場合は、審査会前までに「代理受領申請書」の提出が必要です**

**通所サービス等の日頃不在の日（×をつける）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 | ✖ |  | ✖ |  | ✖ | ✖ | ✖ |
| 午後 |  |  |  |  |  | ✖ | ✖ |

**特記事項**

**居宅・施設（　　　　）　担当者（**

**新　規　申　請　者**

記入例

**日常生活動作（ADL）及び手段的日常生活動作（IADL）で生活に支障になる事柄**

新規申請の場合に記入　↓

例) 令和6年７月に転倒し、〇〇病院受診。××骨骨折。

現在、家では独歩、外では杖を使用。

認知面の低下もある。

**申請する大きな理由**

ADLの低下がみられる。

〇〇病院からの勧めもある。

**認定によって、サービスを利用したいもの**

通所介護サービス

訪問看護　　　など

**前倒しでサービス利用　( 有 ・ 無 )**

**※有の場合は、事前に福祉課に連絡・相談してください。**

**・地域包括支援センターの意見（必須）**

甲佐町地域包括支援センター受付（ 　　　　　　　　　）

**※包括の意見が必要な場合、提出は、包括支援センターにお願いします。**

**区　分　変　更　申　請　者**

**日常生活動作（ADL）及び手段的日常生活動作（IADL）で生活に支障になる変化**

区分変更申請の場合に記入　↓

病状の悪化により食事摂取や排せつも困難となり寝たきり状態となられている。

**区分変更をする大きな理由**

在宅で出来るだけ生活をしたいと本人も家族も希望している。訪問介護や訪問看護の支援を多く必要としているため。

**区分変更によってサービスを変更するところ**

訪問看護、訪問介護による身体介助支援

福祉用具貸与（特殊寝台）

**サービス担当者会議日（　 ／　 ）**

**※要介護の区分変更は不要です※**

**甲佐町役場　福祉課　地域包括支援係**

**受付者**

**甲佐町役場　福祉課　介護保険係**

**受付者**

R6.11更新