

介護認定調査に係る聞き取り票（在宅用）

様式2-1

宇治市

申請書と一緒に提出をお願いします。

申請者											□家族等 ・ □代行事業所	
被保険者番号		0	0	0							被保険者氏名	
住民票と異なる訪問先住所		（氏名 様宅） （本人との続柄） （電話番号）										
家族状況		□独居 □同居家族有り										
訪問日の調整連絡先		氏名		フリガナ					本人との続柄（ ）			
		調査同席		□希望する □希望しない（本人のみの聞き取りでよい）								
		電話番号		※8：30～17：00に連絡可能な電話番号を記入してください。								
希望日		□いつでもよい（土、日除く）										
		□希望する日時・曜日がある（ ）										
		□都合の悪い日時・曜日がある（ ）										
※今回の申請は、交通事故など他者から受けた事象が原因ですか。 はい ・ いいえ ※今回の申請に至った経過や介護サービスの希望等ご記入ください。												
〈代行事業所の方〉 ☐ 認定調査は、実施不可。 ☐ 認定調査は、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが実施可能。（ご担当者： ）												

●現在受けている1ヵ月間の在宅サービスを記入。

訪問介護（ホームヘルプ） 訪問型サービス(介護予防・日常生活支援総合事業)	回	曜日	(介護予防)福祉用具貸与（調査日時点）	品目
(介護予防)訪問入浴介護	回	曜日	特定（介護予防）福祉用具販売（過去6ヶ月）	品目
(介護予防)訪問看護	回	曜日	住宅改修	有 ・ 無
(介護予防)訪問リハビリテーション	回	曜日	夜間対応型訪問介護	1ヶ月 日
(介護予防)居宅療養管理指導	回	曜日	(介護予防)認知症対応型通所介護	1ヶ月 日
通所介護（デイサービス） 通所型サービス(介護予防・日常生活支援総合事業)	回	曜日	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	1ヶ月 日
(介護予防)通所リハビリテーション（デイケア）	回	曜日	認知症対応型共同生活介護 （グループホーム等）	1ヶ月 日
(介護予防)短期入所生活介護（ショートステイ）	1ヶ月	日	地域密着型特定施設入居者生活介護	1ヶ月 日
(介護予防)短期入所療養介護（療養ショート）	1ヶ月	日	地域密着型介護老人福祉施設	1ヶ月 日
(介護予防)特定施設入居者生活介護 （有料老人ホーム等）	1ヶ月	日	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1ヶ月 回
看護小規模多機能型居宅介護	1ヶ月	日	介護保険給付外の在宅サービス〔 〕	