

対象者確認シート

令和 年 月 日 市窓口・包括・ランチ・居宅

氏 名 (1号・2号)

被保険者番号

※第2号被保険者は認定申請

1. 申請の動機

2. ①現病 ※がん末期は認定申請

[]

②状況

[]

3. チェックフロー

困りごとや生活上の支障があるか。

ある () ない

一般介護予防事業

歩行状態

連続で歩ける (杖やシルバーカーにつかまるのも可) 歩けない (車椅子使用等)

認定申請

もの忘れ

ない、または年齢相応 (生活に支障なし) 生活に支障がある

認定申請

希望するサービス

《総合事業サービス》

訪問型サービス
 通所型サービス
 配食サービス

《予防給付サービス》

通所リハ ショートステイ 住宅改修
 訪問リハ 認知症デイ 福祉用具貸与
 訪問入浴介護 小規模多機能 福祉用具購入
 訪問看護 グループホーム
 その他 ()

総合事業のみ

予防給付のみ

基本チェックリスト実施申込書

※相談者の住所地の地域包括支援センターへ送付

認定申請

※市役所1階介護保険課または各支所へ申請 (シートの提出は不要)

両方利用