

同意署名欄	1. 情報提供の同意	介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、阿久比町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画の情報を、阿久比町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合は、関係人が取得した心身の状況等、介護予防支援事業者、介護予防関係の医師又は認定調査に従事した調査員に提示する）
	2. 延期通知省略の同意	要介護更新認定・要支援更新認定の申請日から 30 日以内に認定がされない場合は、現在の認定の有効期間内に結果が通知されるのであれば、延期通知を省略することに同意します。
被保険者氏名 阿久比 太郎 代筆者氏名 阿久比 花子 (続柄 妻)		

本人以外が記入する場合は代筆者の氏名と続き柄をご記入ください。

対象者の日頃の様子が見える方がわかる方の立ち合いをお願いします。

対象者の日頃の様子が見える方がわかる方がわかる方の立ち合いをお願いします。		院中・入所中の場合は医療機関名・施設名、個人宅の場合は住所をご記入ください。	
訪 問 調 査			
氏名	阿久比 拓郎	続柄 (長男)	電話番号 080-1234-5678
性別	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
認定調査希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 希望日あり (月曜日以外) / <input type="checkbox"/> 特になし		
訪問先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 / <input type="checkbox"/> それ以外※ ⁴ ()		
駐車場 (調査員用)	<input checked="" type="checkbox"/> 敷地内に駐車スペースあり <input type="checkbox"/> なし → 近隣に駐車する場所 ()		
備考	本人の前で言いづらいことがある場合や、家がわかりづらい場合は特徴など、調査員に事前に伝えたいことがあればご記入ください。		

調査員が軽自動車 1 台で伺います。

★以下もご記入ください。

申 請 理 由	今後利用したいサービスについて
<input type="checkbox"/> 身体的な状況が悪くなったため	<input type="checkbox"/> 訪問介護
<input type="checkbox"/> 認知症状が現れたため	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護
<input type="checkbox"/> 医療機関から勧められたため (医療機関名)	<input type="checkbox"/> 訪問看護
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
	<input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハ (デイサービス/デイケア)
	<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入
	<input type="checkbox"/> 住宅改修
	<input type="checkbox"/> 施設入所

具 体 的 状 態	
診 断 名	

調 査 日	月 日 ()	:	~	調 査 員
-------	---------	---	---	-------