福岡県介護保険広域連合　要介護・要支援（□新規　□更新　□変更　□介護）申請確認票

記入日：　　年　　月　　日

被保険者氏名		記入者	□本人　□家族 □その他（　　）
世帯状況	□一人暮らし　□夫婦世帯　□家族と同居　□昼間一人　□施設等入所 □その他（　　）		
現在の心身の状況	□やや時間がかかっても、なんとか介助なしに一人でできる □手を貸してもらうなど、一部介助を要する □全面的に介助を要する		
	難聴	□無　□有（右・左）□不明	意思疎通　□可　□困難　□不明
	感染症	□無　□有（具体名：　　）　□不明	
日常生活で困っていること			
調査の実施場所	□自宅（住民票の住所）　□入所・入院等の施設（名称：　　） □その他（名前：　　電話番号：　　 住所：　　）		
調査時の注意点 ※調査時に気をつけて欲しい点等をご記入下さい。			
申請の理由	□新規申請により介護保険のサービスを利用したい □現在利用しているサービスを継続したい □その他（　　）		
現在のｻｰﾋﾞｽ利用について	□以下のｻｰﾋﾞｽを利用中　□その他		
介護保険サービス	□訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ）・訪問型ｻｰﾋﾞｽ　□（予防）居宅療養管理指導 □（予防）訪問看護　□（予防）短期入所療養介護 □（予防）訪問入浴介護　□（予防）短期入所生活介護 □（予防）訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　□（予防）特定施設入居者生活介護 □通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）・通所型ｻｰﾋﾞｽ　□（予防）認知症対応型共同生活介護 □（予防）通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（ﾃﾞｲｹｱ）　□（予防）福祉用具貸与及び購入費の支給 □住宅改修費の支給　□（予防）小規模多機能型居宅介護 □夜間対応型訪問介護　□地域密着型特定施設入居者生活介護 □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □看護小規模多機能居宅介護　□（予防）認知症対応型通所介護 □施設ｻｰﾋﾞｽ（介護老人福祉施設　・介護老人保健施設　・介護医療院　・介護療養型医療施設） □その他（　　）		
今後のｻｰﾋﾞｽ利用について	□以下のｻｰﾋﾞｽを利用したい　□その他		
介護保険サービス	□訪問介護（ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ）・訪問型ｻｰﾋﾞｽ　□（予防）居宅療養管理指導 □（予防）訪問看護　□（予防）短期入所療養介護 □（予防）訪問入浴介護　□（予防）短期入所生活介護 □（予防）訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　□（予防）特定施設入居者生活介護 □通所介護（ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ）・通所型ｻｰﾋﾞｽ　□（予防）認知症対応型共同生活介護 □（予防）通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ（ﾃﾞｲｹｱ）　□（予防）福祉用具貸与及び購入費の支給 □住宅改修費の支給　□（予防）小規模多機能型居宅介護 □夜間対応型訪問介護　□地域密着型特定施設入居者生活介護 □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護 □看護小規模多機能居宅介護　□（予防）認知症対応型通所介護 □施設ｻｰﾋﾞｽ（介護老人福祉施設　・介護老人保健施設　・介護医療院　・介護療養型医療施設） □その他（　　）		
備考欄			