**大洗町　介護予防・日常生活支援総合事業　対象者確認票**

**【基本情報】**受付者が記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付者名 | 所属：福祉課・包括支援センター・居宅介護支援事業所  氏名： | | | | | | | | | | 受付日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性　別 | 男・女 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日  （　　　　　）歳 |
|  | | | | | | | | | |
| 住　所 | 大洗町 | | | | | | | | | | 電話番号 |  |
| 介護度※ | 要支援（ １ ・ ２ ）  要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ） | | | | | | | | | | 有効期限※ | 年　　月　　日終了 |
| 代理申請者名 |  | | | | | | | | | | 本人との  関係 |  |
|  | | | | | | | | | |
| 代理申請理由 |  | | | | | | | | | | 電話番号 |  |

※要介護・要支援認定者のみ記入してください。

**【確認項目】**本人等へ聴き取りを行ってください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 質問項目 | | チェック欄 |
|  | 現在、入院中ですか？ | | □ |
|  | サービスを利用するつもりはないが、今後のことが不安なので申請したい。 | | □ |
|  | 近所なら１人で外出でき、地域の方とお話や、体操をしたい。 | | □ |
|  | 自分１人で外出できない。 | | □ |
|  | 身の回りのことは自立しているが、日常生活に支障のない物忘れはある。 | | □ |
|  | 週１回以上外出することはない。 | | □ |
|  | 歩行はできるが、買い物・調理・掃除・洗濯等ができない。 | | □ |
|  | 排泄・更衣等に介助が必要である。 | | □ |
|  | 日常生活に支障のある物忘れがあり、金銭管理・内服管理等に介助が必要である。 | | □ |
|  | 訪問介護・通所介護以外のサービス（福祉用具レンタル、住宅改修、訪問看護等）を利用したい。 | | □ |
|  | 施設（特別養護老人ホーム等）に入所したい。 | | □ |
| 1. *・ ②のいずれかに該当する* | | *必要時申請するように促してください* | |
| 1. *・ ③のいずれかに該当する* | | *一般介護予防事業を勧めてください* | |
| *④ ～ ⑦のいずれかに該当する* | | *基本チェックリスト実施対象者です* | |
| *⑧ ～ ⑪のいずれかに該当する* | | *要介護認定申請手続きをしてください* | |