

- 本人氏名 **系島 太郎**
-
- ※代筆の場合
- 代筆者氏名 **前原 太郎** (被保険者との関係) **地域包括支援センター**
-
- 住所又は
所在地 **系島市前原西一丁目1番1号**

世帯の状況	☐ 一人暮らし ☒ 配偶者のみ ☐ その他（ ）
認知症の有無	☐ 症状はない ☒ 症状がある
感染症の有無	☒ ない ☐ ある
現在の状況	☒ 居宅 ☐ 施設（ ） ☐ 医療機関入院中（退院予定日 ）
申請の理由	①在宅サービスの利用を検討 「 <u>通所・訪問</u> 」福祉用具（貸与 販売）・住宅改修・その他 ②施設サービスの利用を検討
訪問調査時の留意事項	※本人に告知していない病名、別室での聞き取り調査、本人の状態など配慮が必要なことがある場合は必ず記入してください。 認知症の症状や排せつに関することは本人の前では話さないので、別室で話を聞いてほしい。

自宅以外の送付先（今回のみ）		※入院や認知症など、ご本人様に受取不可能な特別の事情がある場合のみご記入ください。今回の認定結果通知にのみ適用されます。すでに介護保険関係書類送付先変更届出書の提出がある場合はそちらが優先となります。	
住 所 宛 名	〒 819-1100 電話番号 092-111-1111 糸島市〇〇一丁目10番10号 糸島 花子 様方		
理 由	認知症の症状があり、書類の管理が難しいため。		

申請書に記載された事項は、緊急時における糸島市からの連絡先として使用し、関係人に情報提供することがあります。

- 新規、変更申請のタイミングについて、本人の状況もわからず、病院に言われたからと入院後すぐに申請されることがあります。退院日が未定で、今後しばらくリハビリをされる場合は、状態が改善する可能性もあります。入院後すぐに変更申請をする必要があるのかどうか検討をお願いします。
- 市役所に申請書を提出する際は、本人の現在の状況を確認したうえで提出し、立ち合いをお願いします。
- 申請中に本人が亡くなった場合は、必ず市まで認定結果が必要かどうかの連絡をお願いします。