聞き取りシート　　被保険者名（　　）

訪問場所について	1、 被保険者住所（表面に記入した住所） 2、 入院・入所先（表面に記入した病院・施設） 病棟・担当者等（　　） ※入院・入所の場合で、表面の立会人が施設の職員以外の時（家族等） 病院・施設での立会をすることが　**できる ・ できない**　※施設、病院に確認して下さい 3、 その他（表面 『現在の状況』 に記入してください）
調査内容について	□ 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい □ 本人の前では伝えづらいことがある □ 調査をするのに筆談が必要 □ 室内に放し飼いのペットがいる【 犬 ・猫 ・その他 （　　匹）】 ※ペットがいる場合安全に調査ができるようご配慮ください
居宅での サービス利用状況 事業対象・要支援・要介護 該当に○	・ケアプラン作成事業所名（　　） ・（介護予防）通所介護（デイサービス） （　　）／月 ・（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）（　　）／月 ・短期入所生活介護（ショートステイ）（　　）／月 ・住宅改修（有・無） ・福祉用具（　　）品目 【ベッド・手すり・車いす・その他（　　）】 ・訪問サービス（介護・看護・リハ等） （　　） ・サービスは利用していない （未利用 ・ 施設サービス ・入院中）
その他	□ 主治医は主治医意見書を記入することを承知している □ 認定の結果を住民票とは違う住所に送ってほしい（送付先変更の届出をしたい） □ 現在の状態は安定しており調査可能 （入退院直後ではない等） □ 主治医より認定の申請を勧められた ☆□ 前回の調査時と比べて身体等の状態の変化があった （ **改善 ・ 悪化** ） ☆□ サービスの内容や体の状態について相談したいことがある。（ **はい ・ いいえ** ） ※☆についてチェックをした場合は↓の【内容】欄に詳細を記入してください。

【内容】

※申請代行者が委任状が必要な場合は下記にご記入ください。
（例：別世帯の家族・表面の代行申請者2～8以外の施設等 ）

委任状

令和　　年　　月　　日

甲斐市長 様

委任する人

住所

氏名　　㊞

私は次のものを代理人と定め、介護保険 要介護・要支援認定申請に関する権限を委任します。

委任される人

住所

名前

被保険者との関係