【サービス利用振り分け確認票】

本人	被保険者番号		受付年月日	
	氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）
	住所		電話番号	
	認定状況	要支援（　１　・　２　）　　要介護　　新規		
来所者（本人以外が来所した場合のみ記入）	氏名		本人との関係	
	住所		電話番号	

以下の確認事項で１つでも「はい」に当てはまった場合はチェックリスト実施対象外です。
要介護認定手続きをしてください。

項目		確認事項	はい	いいえ
利用希望のサービスの内容等	1	年齢が64歳以下である。（第２号被保険者は要介護認定等申請を行う）	はい	いいえ
	2	下記の予防給付・介護給付サービスを希望している。 １．訪問入浴　２．訪問リハビリ　３．訪問看護　４．居宅療養管理指導 ５．通所リハビリ　６．ショートステイ　７．福祉用具レンタル・購入 ８．地域密着型サービス　９．住宅改修	はい	いいえ
		★「２．いいえ」と回答した方で希望するサービス １．通所介護（デイサービス）　２．訪問介護（ホームヘルプ）	－	－
	3	入居（グループホーム・サービス付高齢者住宅）、 入所（特別養護老人ホーム・老人保健施設）を希望している。	はい	いいえ
本人の状態	4	つえや歩行器を使っても１人歩行ができない。	はい	いいえ
	5	着替え・食事・入浴が１人でできない。	はい	いいえ
	6	排泄に手助けが必要である。 （例：ズボン・パンツの上げ下げができない。　排泄直後のトイレ周りの掃除が必要。）	はい	いいえ
	7	認知症の悪化により日常生活に支障がある。 （例：買う品物を忘れ、必要なものを１人で購入できない。料理の段取りができない。 洗濯機の操作や掃除の段取りが分からず家事が遂行できない。）	はい	いいえ
	8	寝たきりである。	はい	いいえ

※上記に該当しない場合でも、要介護認定等申請が必要と判断できるケースについては、
要介護認定等申請手続きをしてください。

【備考欄】

給付サービスの利用には、要支援・要介護の認定が必要であることの説明（　済　・　未　）

対応者　　事業所名（　　）
　　氏　　名（　　）

※保険者記入欄

課長	課長補佐	係長	係員

収受印

被保険者証発送日：　　年　　月　　日