

認知症高齢者日常生活自立度確認票

年 月 日

北アルプス広域連合介護福祉課長 様

事業所・施設名		担当者名	
被保険者番号		被保険者名	
要介護度及び有効期間	いずれかに○ <u>要支援 1 2</u> <u>要介護 1 2 3 4 5</u> <u>申請中</u> 年 月 日 ~ 年 月 日		
認知症対応型通所介護利用（予定）	※有 無	※有の場合 事業所名	
上記の利用確認のみに本票を利用する	はい いいえ		

上記被保険者の、サービス計画作成に利用するので、必要な事項に関して確認願います。

以下広域連合記入・・

年 月 日

北アルプス広域連合介護福祉課長

貴方からの照会に基づき、直近の主治医意見書及び認定調査票を確認したところ、下記のとおりです。

記

【主治医意見書】							
主治医意見書作成日		年		月		日	
医療機関及び医師名							
※ 認知症通所介護の利用確認のみの場合、記載省略							
自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
【認定調査票】							
認定調査実施日		年		月		日	
自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
※ 以下、認知症対応型通所介護利用（予定）有の場合							
【広域連合意見】 認知症対応型通所介護利用の可否						可	否