

介護保険申請書 補助用紙 (下記の事項についてご記入ください)

1 窓口来庁者 (居宅介護支援事業者等 代行申請は記入不要)	氏名		本人との関係		
	※本人と同居でない場合記入 住所				
	電話番号		—	—	
2 認定調査の 立会いについて 調査日程調整の 連絡先 ※平日日中に連絡がとれる 電話番号を記入してください。 (番号の記入誤りがないよう ご確認ください。)	立会いする ・ 立会いしない				
	立会者氏名		本人との関係		
	①電話番号		—	—	
	②電話番号		—	—	
	連絡が付きやすい曜日・時間帯 月・火・水・木・金・いつでもよい 午前・午後 その他 ()				
	※立会いしない場合 認定調査後の報告連絡の希望 あり・なし				
	報告先	氏名		本人との関係	
電話番号		—	—		
3 調査先	1 自宅(住民票の住所地)		2 住民票の住所地以外		
	3 医療機関(入院中)		4 施設等		5 その他
※2~5の場合 住所 または 医療機関(病棟・部屋番号)・施設名等を記入してください。					
4 身体の様子について 【新規申請のみ】	主な病気 ※診断名がわからない時は現在の状況を記入してください。 現在の状況				
5 現在お困りのこと 【新規申請のみ】					
6 希望するサービス 【新規申請のみ】	訪問介護 ・ 訪問入浴 ・ デイサービス ・ 通所リハビリ ・ 施設入所 福祉用具 ・ 住宅改修 ・ その他()				
7 医療機関 (主治医) の受診状況	次回受診予定日	年 月 日 最終 ・ 予定 ・ 入院中			
	定期的な受診	あり ・ なし	退院予定日	年 月 日 予定 ・ 未定	
8 サービス利用状況	通所サービス利用日	月 火 水 木 金 土 日 (利用日に○)			
	利用施設名				
	ショートステイ利用状況			住宅改修 あり・なし	
(担当課使用) 連絡事項					