認定申請書に添付して下さい。

介護等認定申請受付用調査・相談票（新規・更新・変更）

令和　　年　　月　　日申請（窓口・支所・施設・その他「　　」）

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
被保険者住所(居所)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
提出者住所氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１. 現在の状況
　ア. 介護施設入所中
　（特養「　　」・老健施設「　　」・介護医療型「　　」）
　イ. 自宅又は親類宅居住中
　（自宅・親類宅「　　」）
　ウ. 病院に入院中（　　病院・医院・クリニック）

２. 現在受けている居宅サービス⇒　ア・受けていない
　イ. 受けている⇒（①ホームヘルプ　②デイサービス　③ショートステイ　④デイケア
　　⑤訪問介護　⑥訪問入浴サービス　⑦移送サービス　⑧その他「　　」）

３. 希望サービス
　ア. 施設サービス（特養・老健施設・介護医療）
　イ. 居宅サービス（①ホームヘルプ　②デイサービス　③ショートステイ　④デイケア
　　⑤訪問介護　⑥訪問入浴サービス　⑦移送サービス　⑧その他「　　」）

４. 担当の居宅介護支援事業者（依頼予定の場合は、その他に記載すること）
　①小平町　②萌福祉サービス　③ケアプラン相談センター　④ファミリーケアサポート
　⑤市立病院　⑥萌寿園　⑦留萌市社会福祉協議会　⑧コンフォートケア　⑨ウイッシュ
　⑩その他　⇒予定（　　）

５. その他相談事項

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿