|  |  |
| --- | --- |
| **介護保険認定申請情報**  **被保険者番号**（　　　　　　　　　　　　　）　**氏名**（　　　　　　　　）**男・女** | |
| **申請者**（　　　　　　　　　　　　　） | **続柄**（　　　　　　　　　　） |
| **◎現在の状況（※　申請理由、身体の状況　等　わかる範囲で）**  **在宅・入院（**　　　　　　　　　　　　**）病棟（**　　　　　　**）** | |
| **◎介護保険で使いたいサービスの種類**  **（介護サービスを緊急に使う必要　　有　・　無　）**   * **区分変更の際は、サービス内容も変更するか聞き取ること** | |
| **◎立会い（　する　・　しない　）**  **◎ご家族（認定調査時、立会いしていただける方）の連絡先**  **氏名**（　　　　　　　　　　　　　）　**続柄**（　　　　　　　）　**同居　・　別居**  **自宅電話**（　　　　　　　　　　　）　**携帯電話**（　　　　　　　　　　　　　　　）   * **電話の希望時間**（**無　・　有**　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * **調査の希望日時**（　**無　・　有**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |

**記入日　　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **記入者** |  |