

○相談者 氏名() 続柄()
 (申請者と異なる場合のみ記入) 連絡先()

○申請の経緯 { 病院・施設・ケアマネージャー
 地域包括支援センター・家族
 その他() } から勧められた

○入院中 階 号室(病棟)
 入所中 階 号室

○現在利用しているサービス
 (サービス名と曜日、利用時間を記入してください)

訪問サービス
 通所サービス
 施設サービス ショートステイ
 福祉用具
 その他 タクシー券・おむつ券

○相談主訴(区分変更にあたる理由等)を記入してください。

認定を受ける方の 所在	住所	
	入院(所)中: 階 号室 病棟	
	主な介護者 氏名: 続柄:	
訪問調査 立会い希望の有無	有 無	氏名: 続柄: 電話番号:(自宅) (携帯電話) 連絡のとれやすい時間帯: 同居・別居(どちらかに○をつけて下さい)

2号保険者(40歳~64才まで)の方は申請時に医療保険証が必要です。