



○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・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(所)中 階 号室 ( 病棟)

○サービス利用意向

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 (申請にいたる経過・病名など) 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。