

申請書

次のとおり申請します。

申請年月日

[illegible]

提出代行者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護病院）
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名	
	所 在 地	電話番号	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

支援がび者主経
要受人一業、盤
・を係サ事者基
定供閑宅スう報
認提の居び行情
護が設者、サ業介
要南険業防事て
、香保事予合し
は、護援護総と
き書介サ介援業
と見は護、支事
る意又介者活援
あ医者宅業生支
が治業居事常城
要主事、援地
必、ス一・支・
に見ビタ防防る
め意一ン予予す
た・サセ護護示
の果宅援介介提
営結居支、に
運定に括設人員
な判び包施係査
切る並域険関調
適よ画地保のた
のに計ら護者し
業会スか介業事
事査比市、事従
険審一南者スに
保定サ香業ビ査
護認定防、事一
護護予、事サ定
等介護報ビ防認
成、介情一予は
作容びのサ護又
の内及等型介師
画査画況着型医
計調計狀密着う
さるビの域城係
ビか一・身・地書
一か一心、地書
サにサた者は見
護認定護し業く
介認介得事し医
援た取事若治由
ば、

本人氏名
(代筆者氏名)

手続きを円滑にするために、以下の欄の記入をお願いします。

申請者	氏 名		続柄	
	住 所			
	連絡先			

調査場所	1. 自宅（住民票の住所地） 2. 病院・施設〔名称：電話：〕 3. その他〔住所：宅〕																						
調査日の希望 ※調査は原則月曜日から金曜日(祝日除く) 9：00から 15：30までに開始	1. なし 2. あり【都合の悪い曜日・時間帯に×をしてください】 <table><tr><td></td><td>月曜日</td><td>火曜日</td><td>水曜日</td><td>木曜日</td><td>金曜日</td></tr><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	午前						午後					
	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日																		
午前																							
午後																							
調査立会者	1. なし 2. あり〔 ^{ふりがな} 氏名：〕本人との関係〔〕 日中の電話番号（）－ 連絡可能時間帯：～：																						
生活状況	1. 独居 2. 同居 (2は家族構成〔〕)																						
本人の状況	認知（あり・なし） 難聴（あり・なし） 主な疾病名〔〕 ※入院中の場合 入院先（一般病棟・集中治療室等） 退院又は転院予定（なし・あり【月 日頃】）																						
主治医医療機関への 受診日 ※在宅の方のみ記入	前 回 年 月 日 次回予定日 年 月 日																						
今回の申請理由	1. 新たに介護サービスを利用希望〔内容：〕 2. 現在の介護サービスを継続利用希望 3. 主治医のすすめ〔利用希望サービス内容：〕 4. その他〔〕																						
サービス利用状況 ※更新の方のみ記入	サービス名		曜日		事業所名																		
	(例) デイサービス		月・火・水・木・金		デイサービス香南市																		
			月・火・水・木・金																				
			月・火・水・木・金																				
			月・火・水・木・金																				
			月・火・水・木・金																				
	ショートステイ利用有		/ ~ / / ~ / / ~ /																				
	福祉用具貸与（申請月合計点数）		品目																				
	特定福祉用具販売（過去6カ月）		点																				
住宅改修（今まで）		有 ・ 無																					
その他留意すべき 事項																							

市 確 認 欄	身 元 確 認	☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ パスポート ☐ 介護支援専門員証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（）		
		2点以上	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 公的医療保険の資格確認書 ☐ 年金手帳 ☐ その他（） ☐ その他（）	
	代 理 権 確 認	☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 委任状 ☐ 公的医療保険の資格確認書 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険帳簿（居宅サービス計画届出済） ☐ その他（） ※2号被保険者の場合は医療保険加入者が対象		