

介護認定申請情報確認書

(円滑な認定調査を行うため、ご協力をお願いします)

南種子町介護保険係

被保険者について

氏名		集落名	
現在の所在地	自宅【独居・同居(夫婦のみ)・同居(その他)】		
	※同居(その他)【同居者構成：】		
	自宅外【入所施設・入院先・身を寄せている家族宅など】		

認定申請について

申請日	令和 年 月 日 (新規・更新・区分変更)			
有効期限	令和 年 月 日まで			
ケアマネ	事業所		氏名	
主治医	医療機関		氏名	
住宅改修歴	有・無			
	主な改修内容 〔 〕			
心身の状態 (その他)	※新規の場合は、利用希望のサービスなども記入してください。			

訪問調査の日程調整で留意する事項

サービス 利用状況 および 利用曜日 (期間)	デイ・ショート・ヘルパー・地域密着型・福祉用具貸与・訪問入浴 施設名 () 利用曜日または期間 〔 〕
調査立会者	有・無 氏名 (続柄) 電話番号 () — —
調査日程の 連絡先	※平日の昼間に連絡のつく連絡先を記入してください。