

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・隠居・同居【同居者構成】）		
	自宅以外（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	年 月 日（新規・更新・区分変更）		
有効期限日	年 月 日まで		
ケアマネ	事業所名		氏名
主治医	病院名		氏名
住宅改修歴	有・無 主な改修内容 〔 〕		
その他	※新規の場合は、利用希望のサービスを記入してください。		

訪問調査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・福祉用具貸与施設（ ） 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。