

1 申請される方の氏名等を記入してください（家族等の方の連絡先）

フリガナ		被保険者との関係	
申請者氏名			
申請者住所	〒		
自宅の電話番号	()	日中の連絡先	() 携帯電話 勤務先

2 認定調査等を行うために、必要な事項について記入してください

(1) 認定調査を行う際の訪問先を記入してください(必ず記入願います)
(自宅・医療機関・グループホームなど)

※医療機関に入院されている場合
入院日：令和 年 月 日
退院予定日：令和 年 月 日

(2) 申請の動機について教えてください(更新の場合は不要です)

病院（主治医・看護師・相談員）に勧められた
 家族や友人等に勧められた
 日常生活が大変になってきた
 使いたい介護保険サービスがある

(3) 現在お困りのこと(御病気・お体の状態等)について記入してください

(4) 生活状況について教えてください

- ・ 表面に記載した医療機関を最後に受診した日 令和 年 月 日
- ・ 同居する家族がいる ・ ひとり暮らし
- ・ 不自由なく歩ける ・ つかまればできる ・ できない
- ・ ひとりで体を洗える ・ 一部介助を要する ・ できない
- ・ ひとりで排泄ができる ・ 一部介助を要する ・ できない
- ・ ものを忘れない ・ ある
- ・ 前回申請した時に比べて、変化があった点を教えてください

[]

市 記 入 欄					
被保険者資格	1号・2号	被保険者証	回収済・未回収	資格者証	保・交付済・未交付
1 市調査員	氏名	調査日時 月 日 () 時 分			立会者 有 ()・無
2 委託調査員	名称	3 駐車場	あり・なし	4 受付	
5 調整状況	日時	メモ			担当