

介護保険申請書（別表）

本人氏名	
申請理由 (更新は不要)	※具体的な内容や、使いたい（増やしたい）サービスを記載ください
訪問希望日時 (調査時間は約1時間)	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 時間帯の希望あり 調査可能な時間帯に <input checked="" type="checkbox"/> →
	月 火 水 木 金 午前 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
調査時の立会者	<input type="checkbox"/> 立ち合いなし <input type="checkbox"/> 立会いありの場合 <input checked="" type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 親族（続柄： ） <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他： ----- 氏名：
調査の訪問先 について	<input type="checkbox"/> 自宅（申請書住所） <input type="checkbox"/> その他住所↓ 〒 ----- ※入院中（入所中）であれば施設名等 名称： 病棟・部屋番号等： 退院予定日： 月 日頃 ・ 未定
調査の留意事項	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 難聴のため筆談または大きめの声で話してほしい <input type="checkbox"/> 本人には告知していない病気があり、 病名等がわからないように調査してほしい <input type="checkbox"/> その他（ ）
現在治療中の 病気	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> がん（ <input type="checkbox"/> 末期 ） <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他申請に直接関係のある病気 （ ）
日程調整の 連絡先	氏名： 続柄： ----- ※日中、連絡の取れる番号を記載してください 電話： メールアドレス：
認定結果送付先 (住民票所在地 以外の場合)	〒 氏名： 続柄：
◎介護が必要な状態となった原因は、交通事故によるものですか。 はい ・ いいえ	