

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	令和 年 月 日 (新規 ・ 更新 ・ 区分変更)		
有効期限日	令和 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 ()		
心身の状況(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。 () - -		