

被保険者氏名【 介護 太郎 】

被保険者以外の連絡人氏名

介護 三郎

被保険者との関係(長男)

連絡先

携帯電話(999 - 999 - 9999 自宅(88 - 8888)

その他()

“お聞かせください”

申請理由 (※新規・変更申請のみ)	身体面	<input type="checkbox"/> 骨折(部位) <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 筋力低下
	認知面	<input type="checkbox"/> 麻痺)
	その他	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 精神
	具体的な状況	<input type="checkbox"/> 独居
	希望するサービス (複数選択可)	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 施設入所希望

更新は申請理由欄の記入不要です

サービスの状況利用	● <u>デイサービス/デイケア/</u> 総合事業利用日: 月・火・水・木・金・土・日 利用施設名 【 ●● <u>デイサービスセンター</u> 利用施設名 】
	● <u>ショートステイ</u> 利用日: 前月~当月~来月を詳しく記入
	● <u>その他</u> 留守になる日/曜日: 透析・受診等

調査について	希望日	第1希望: 3月 23日 木曜日 9:30 / 10:30 13:30 第2希望: 3月 28日 火曜日 9:30 / 10:30 13:30	※土日祝日・年末年始を除く ※午後は病院・施設の優先枠となりますので、ご希望に添えない場合もあります
	希望場所 (希望する場所1つに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 住所地以外の住居:(宅:住所) <input type="checkbox"/> 病院 : 病院 階 号室 入院日 / ~ 退院予定日 / <input type="checkbox"/> 施設 : 施設名 階 入所日 / ~ 退所予定日 /	
	立会者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄 長女) <input type="checkbox"/> 包括職員() <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ(〇〇〇) <input type="checkbox"/> 相談員() <input type="checkbox"/> その他(成年後見人等)	

※以下 飯田市記入欄

飯田市記入欄

予約受付 年 月 日) 確認者
時間 : Tel	窓口
	と決定
本人・代理人	身元確認 一 個人 身障・介専 プレ印字・他()) 負割証・減額証 他()) 他()) 番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載事項証明
代理確認	<input type="checkbox"/> 法定(戸・住・成後・他) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号確認 ()
	の場合 記事項証明 <input type="checkbox"/> 社員証 確認者 /