

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

骨折(部位) 転倒 筋力低下

認知面

認知
精神

その他

独居

具体的な状況

希望するサービス
(複数選択可)

デイサービス デイケア ヘルパー 訪問看護 訪問入浴 訪問リハビリ
ショートステイ 福祉用具レンタル 住宅改修 福祉用具購入 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

●デイサービス/デイケア/

総合事業利用日:

月・火・水・木・金・土・日

利用施設名

●●デイサービスセンター
利用施設名

●ショートステイ利用日:

前月~当月~来月を詳しく記入

●その他留守になる日/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☑)

自宅 住所地以外の住居:(宅:住所)

病院 : 病院 階 号室 入院日 / ~ / 退院予定日 /

施設 : 施設名 階 入所日 / ~ / 退所予定日 /

立会者

無 有

家族(続柄 長女) 包括職員() ケアマネ(〇〇〇)

相談員() 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

時間 : Tel

確認者

窓口

と決定

本人・代理人

身元確認

一人暮らし
個人番号カード
身障・介護
プレ印字・他() 他() 他()
社員証

番号確認

個人番号カード
保有特定個人情報
通知カード 住基検索
個人番号記載住民票・記載事項証明
代理確認
法定(戸・住・成後・他)
委任状
本人の一号/二号確認
()

確認者