

申請書

☐新規 ☐更新 ☐要支援からの新規申請 ☐変更 ☐転入

申請年月日 年 月 日

主 治 医	診療科 (科)	氏 名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号			直近の受診日: 年 月 日 次回受診予定日: 年 月 日

※ 医療保険証を必ず持参してください。

○有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名

(裏面もご記入ください)

被保険者氏名 【 】

被保険者以外の連絡人氏名		被保険者との関係（ ）	
連絡先	携帯電話（ - - ） 自宅（ - ）		
	その他（ ）		

“お聞かせください”

(※新規・変更申請のみ) 申請理由	身体面	<input type="checkbox"/> 骨折（部位 _____） <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 麻痺（部位 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	認知面	<input type="checkbox"/> 認知症状の進行（例：物忘れ・物盗られ・事実ではないことを話す・怒りっぽいなど） <input type="checkbox"/> 精神疾患によるもの <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	その他	<input type="checkbox"/> 独居/日中独居になるため <input type="checkbox"/> 入浴したい <input type="checkbox"/> 他者交流 <input type="checkbox"/> 外出したい
	具体的な状況	
	希望するサービス （複数選択）	<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

サ 等 の ビ 状 ス 況 利 用	●デイスサービス/デイケア/	利用施設名
	総合事業利用日： 月・火・水・木・金・土・日	【 】
	●ショートステイ利用日：	利用施設名
	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： 月 日 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			
		第2希望： 月 日 曜日 9：30／10：30 13:30				
	希望場所 (希望する場 所1つに☑)	<input 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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 家族（続柄 ） <input type="checkbox"/> 包括職員（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネ（ ） <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

予約受付 年 月 日 ()		確認者	変更 年 月 日 ()		確認者	変更 年 月 日 ()		確認者
時間 :	TEL・窓口		時間 :	TEL・窓口		時間 :	TEL・窓口	
と決定			と決定			と決定		

本人 ・ 代理人	身元 確認	一号書類（1点で可） 個力・免・身・介専 プレ印字 他（ ）	二号確認（2点） 介・各種受給証 他（ ）	（左記と組合せ） 学証・社証・診 他（ ）	聞き取り確認事項	法人の場合 <input type="checkbox"/> 登記事項証明 <input type="checkbox"/> 社員証
	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 （ ）	確認者 ／