

要介護・要支援認定申請 認定調査連絡票

フリガナ		被保険者 との関係		フリガナ	
申請者氏名				ケアマネジャー名	

[illegible]

※※ 介護保険サービスの利用の意向がない人は、申請する必要はありません。※※

【以下のサービスを、 ☐すでに利用している ☐利用したいと思っている】

(該当するサービスに「☒」を付けてください)

<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルパー）	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ）	<input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護保険施設その他の施設	<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 認知症対応型生活介護（グループホーム）	<input type="checkbox"/> 紙おむつ給付
<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	<input type="checkbox"/> 小規模多機能居宅介護	<input type="checkbox"/> その他の介護サービス
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	()

市記入欄	
月 日 () 時 分	
委託の有無【有・無】 委託先【R2S・他市町村】 その他事業所 【 】	
受付者【 】	