

介護保険のサービスを利用される方のみ、この要介護要支援認定申請をしてください。
 サービスを利用しない方は、申請をする必要はありません。

主治医(表面記載)に最後に受診した日 _____ 年 月 日

現在の心身の状況

日常生活で困っていること

居宅介護支援事業者名 [_____ 担当 _____]

サービス利用について

新規申請により以下のサービスを受けたい _____ 以下のサービスを利用中
 (利用希望または利用中のサービスに _____ をつけ、事業所名をお書きください)

- ・訪問介護 [_____] ・訪問看護、訪問リハビリ [_____]
- ・通所介護、通所リハビリ [_____] ・短期入所 [_____]
- ・居宅療養管理指導 _____ ・福祉用具の貸与、購入 _____ ・住宅改修 _____
- ・特定施設入所者生活介護 [_____] ・認知症対応型共同生活介護 _____
- ・介護保険施設、その他施設 [_____]
- ・小規模多機能居宅介護 [_____]

訪問調査の連絡先(昼間連絡のとれるところをご記入ください)

氏名	続柄 (_____)	電話番号	
----	-----------------	------	--

その他連絡事項: _____

窓口に来た人	氏名	続柄 (_____)
	住所	電話番号

直方市記入欄上記申請 を受付してよろしいか	受 付 担 当	入 力 担 当	係長	課長	調 査 票 送 付	意 見 書 送 付	保 険 証 回 収 日	資 格 者 証 発 送
訪問調査								

添付書類 介護保険被保険者証 基本チェックリスト(車いす利用の方、寝たきりの方は除く)