介護保険　申請時添付メモ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 調査立会希望　　　　　　　　　有 ・ 無  立会者氏名・続柄 | | |
| 被保険者氏名 |  |
| 認知症状の有無　　　　　　　　有 ・ 無 | | |
| 調査日程調整の連絡先（氏名、続柄も記載）  ※できるだけ昼間（8:30～17:00）に連絡のとれる連絡先をお願いします  氏名　　　　　　　　　　　　 　　℡　　　　　　　 　　 　（8:30～17:00）  　　　　　　　　　　　　　 　℡　　　　　　　 　　 　（　　　　　　 ） | | | 資格者証の交付 | 要　・　否 |
| 調査場所等の希望  自　宅：  自　宅　外： | |
| 現在のサービス利用状況（デイの曜日、ヘルパーの利用時刻等） | | | 都合の悪い日・曜日 | |
| その他特記事項（被保険者のサービス希望、家族状況、居住環境等） | | | | |

○結果通知書及び介護保険証の送付先希望があればご記入下さい。※ご本人又はご家族に確認してください。

１．家族宅（本人住所地以外）→〒

　　 ２．入所（入居）施設 →〒

　　　３．BOX（市内事業所） →