

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	
被保険者氏名	立会者氏名・続柄	
	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		資格者証の交付 要・否
氏名	TEL (8:30～17:00)	調査場所等の希望
	TEL ()	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) →