

申請受付用相談票（新規・更新・変更）

介護保険被保険者証（未回収・回収済み・再交付申請書記入）

（申請日 年 月 日）

	被 保 険 者	提出代行者
氏 名		（被保険者との関係）
連 絡 先	住所 〒 電話（ ） -	住所 〒 電話（ ） -

1. 結果通知先

本人宛（在宅、入院、入所先）連絡先は上の欄に記入

家族宛（宛先氏名 _____（続柄 _____）

住所 〒 _____

TEL _____

2. 申請理由（身体、生活状況等、希望サービス）

身障手帳（種 級）

3. 認定調査について

①本人の居場所：自宅、自宅以外（ _____ ）退院予定（ _____ ）

②日程調整者： _____ TEL： _____

③都合がつかない（透析、デイサービス等）曜日に○をつけてください【 月・火・水・木・金 】

④その他（調査希望日時等）

4. その他 相談事項

着替え等が必要（失禁による尿臭、ゴミが散らかっている等不衛生な状況）

----- 以下、留萌市記入欄 -----

①前回調査員： _____ 前回 Dr： _____

②同時調査希望者： _____

..... ≡切り取り線

③介護保険料納付状況：未納なし、未納あり、不納欠損