

# 介護保険申請チェックメモ

利用者 \_\_\_\_\_ 様 保険証番号 \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ ケアネ(予定)名 \_\_\_\_\_

## 現在の状況

- ・ 在宅 ( 単身世帯 高齢者世帯 同居家族あり その他 )
- ・ 施設入所中 ( 施設名 \_\_\_\_\_ )
- ・ 入院中 ( 病院名 \_\_\_\_\_ ) ( 退院のめど 年 月 日 )

## 利用中又は利用希望のサービス (利用中の方は利用曜日等も記入)

訪問入浴      訪問看護      訪問リハビリ      デイサービス      デイケア  
福祉用具の貸与と購入      住宅改修      ショートステイ      グループホーム  
老人福祉施設入所      老人保健施設入所      介護療養型医療施設      ホームヘルプ

## 調査時に同席していただける方

- 氏名 \_\_\_\_\_      ○続柄 \_\_\_\_\_
- 日中の連絡先 \_\_\_\_\_      ○勤務先又は携帯電話 \_\_\_\_\_
- 本人がしっかりしているので同席の必要無し

## その他 (特記すべき事項、新規の方は必ず申請理由、更新の方は前回申請時との比較)

---

---

---

---

---

---

---

---

介護保険申請について、利用者・家族に説明した日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※申請後入院等で状況が変わった時は必ず役場保健福祉課介護保険係に連絡して下さい。