

下記の質問にお答えください。

1 申請の理由は何ですか。

- 病院からの勧め 家族、知人からの勧め その他
理由を具体的にお書きください。

--	--

2 日常生活で困っていることは何ですか。

- 起き上がり 歩行 外出 家事 入浴 食事 トイレ 買い物
 その他 ()

3 今までにかかった病気、現在治療中の病気をお書きください。

--	--

4 今後利用したいサービスは何ですか。

- 通所介護 (デイサービス) 通所リハビリ (デイケア)
 訪問介護 (ホームヘルプ) 訪問看護 訪問リハビリ 訪問入浴
 短期入居者生活介護 (ショートステイ) 住宅改修 福祉用具購入・貸与
 その他施設サービス等 ()

5 世帯の状況について

- 一人暮らし 夫婦世帯 子ども世帯と同居 その他 ()

6 現在の居所 (認定調査場所) 自宅 施設 病院 その他 ()

名 称		
住 所		
駐 車 場	あり	なし

7 認定調査立会人 (認定調査員より日程調整のための連絡がいきます)

フリガナ		
氏 名	続柄 ()	
住 所	〒	携帯番号 電話番号
※連絡可能な時間帯や調査希望日などがありましたら、ご記入ください。		

8 認定結果送付先

フリガナ		
氏 名	続柄 ()	
住 所	〒	

----- ※町記入欄 (何も記入しないでください) -----

受 付	被保証	入 力	資格者証交付	(備考)
/	/	/	/	窓口
				郵送
				FAX