

氏名	安中 太郎		生年月日	明治・大正・昭和 10年 10月 10日
<p>◆ 調査場所 現在生活しているところに訪問します</p> <p>① 住所地 番号に○をつけてください</p>				
② 居所	住所地以外のお宅で生活している場合		TEL	()
③ 施設			入所日	年 月 日 (予定) 年 月 日・未定
④ 病院			退院日	年 月 日 (予定) 年 月 日・未定
調査場所の連絡先	TEL	()	担当者 _____	
◆ 立会者	□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	氏名	松井田 花子 続柄 配偶者・子(長女)・その他()	
		TEL	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 (昼間連絡のつく電話番号)	
<p>◆ 疾患名(現在)</p> <p>□骨折 <input checked="" type="checkbox"/>脳血管疾患 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>認知症 <input type="checkbox"/>がん <input type="checkbox"/>その他()</p>				
<p>◆ 現在利用しているサービス <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>□ヘルパー 利用日(月 火 水 木 金 土 日)</p> <p>□デイサービス □デイケア 利用日(月 火 水 木 金 土 日)</p> <p>□ショートステイ 月 日～ 日 口 事前に知っていてほしい内容があれば、ご記入ください</p> <p>□その他()</p>				
<p>◆ 備考 調査員に伝えたいこと(視力、聴力、本人に配慮すべき病名・<input type="checkbox"/>認定時との変化有無等について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・聴力低下あり。大きめな声だと聞き取れる。 ・前回の認定時より足腰が不安定となり、物忘れが進行している。 <p>□特になし 送付先の「宛先・〒・住所」をご記入ください 〒379-01〇〇</p>				
<p>◆ 認定結果通知及び保険証等の送付先 番号に○ 安中市安中△△-〇</p> <p>1 自宅 2 届出の居宅介護支援事業者 3 入所先介護施設 4 その他(松井田花子宅)</p>				

被保険者証再交付申請書

申請者 氏名	<input type="checkbox"/> 介護保険申請書 介護保険被保険者証を紛失されている方はご記入ください 子()・その他()						
住 所	□介護保険申請書と同じ 電話番号 □介護保険申請書と同じ						
被保険者氏名	介護保険申請書と同じ						
<p>市役所記入欄</p> <table border="1"> <tr> <td>申請者の本人確認</td> <td><input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>健康保険証 <input type="checkbox"/>マイナンバーカード <input type="checkbox"/>その他()</td> </tr> <tr> <td>被保険者の本人確認</td> <td><input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>健康保険証 <input type="checkbox"/>マイナンバーカード <input type="checkbox"/>その他()</td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td></td> </tr> </table>		申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	被保険者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	備 考	
申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()						
被保険者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()						
備 考							