**申　請　者　情　報　提　供　票**

No.

|  |  |
| --- | --- |
| **申請日** | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| **被保険者番号** |  |
| **氏名ふりがな** |  |
| **被保険者氏名** |  |
| **住所** |  |
| **電話番号**  **入所（入院）先**  **入所先電話番号** |  |
| **生年月日** | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| **性別** | 男・女　　年　齢　満　　　歳 |
| **現在の介護度** | 自立 ・ 要支援１ ・ 要支援２ |
|  | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |
| **世帯情報** | 一人暮らし・夫婦世帯・同居世帯 |
| **調査の立会** | あり　　・　　なし |
| **立会人の連絡先** |  |
| **立会人氏名** | 続柄（　　　） |
| **立会人住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **携帯番号** |  |

**※住所地郵送以外の窓口代理受領の場合は、審査会前までに「代理受領申請書」の提出が必要です**

**通所サービス等の日頃不在の日（×をつける）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |

**特記事項**

**居宅・施設（　　　　）　担当者（　　　　）**

**新　規　申　請　者**

**日常生活動作（ADL）及び手段的日常生活動作（IADL）で生活に支障になる事柄**

**申請する大きな理由**

**認定によって、サービスを利用したいもの**

**前倒しでサービス利用　( 有 ・ 無 )**

**※有の場合は、事前に福祉課に連絡・相談してください。**

**・地域包括支援センターの意見（必須）**

甲佐町地域包括支援センター受付（ 　　　　　　　　　）

**※包括の意見が必要な場合、提出は、包括支援センターにお願いします。**

**区　分　変　更　申　請　者**

**日常生活動作（ADL）及び手段的日常生活動作（IADL）で生活に支障になる変化**

**区分変更をする大きな理由**

**区分変更によってサービスを変更するところ**

**サービス担当者会議日（　 ／　 ）**

**※要介護の区分変更は不要です※**

**甲佐町役場　福祉課　地域包括支援係**

**受付者**

**甲佐町役場　福祉課　介護保険係**

**受付者**

R7.4更新