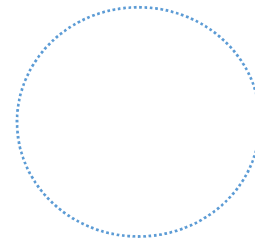


《 申請受付メモ 》



新規 ・ 更新 ・ 変更 被保険者証(有 ・ 無 ・ 2号 ・ 再発行)

受付者

※ 被保険者番号	※ ふりがな			
	※ 被保険者氏名			
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	生年月日	大正 昭和	年 月 日 (歳)
要介護度	支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5			
※ 調査場所	☐ 住所地 (自宅)	(山県市) 自宅 携帯		
		駐車場あり ・ 駐車場なし(駐車場の指示を記入してください。)		
	☐ 住所地外	()		
		駐車場あり ・ 駐車場なし(駐車場の指示を記入してください。)		
	☐ 病院	(階 号室)		
		相談員名 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
☐ 施設	(施設名) 電話 (住所)			
※ 立会いの有無 (無でもキーパーソンの連絡先記入)	有 ・ 無	氏名 (続 柄)	自宅 携帯	
※原則立会いは有 (無の場合は本人からの聞き取りで調査をすることの了解を得てください。)				
※ 調査日時の調整	連絡可能な時間帯	いつでも良い ・ 午前 ・ 昼 ・ 午後		
提出代行者 名称・住所	担当者 電 話			
※ 現在のサービス 利用状況の有無 (利用曜日も記入)	☐ 利用している 利用している曜日 (月 火 水 木 金) 訪問型:△ 通所型:○			
	☐ 今後利用したい			
	・訪問介護(ヘルパー) ・デイサービス ・訪問看護 ・住宅改修 ・福祉用具レンタル			
	☐ 施設に入所している(調査に関しては施設職員に一任) ☐ 施設入所希望			
※ 申請のきっかけ	1. 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 呼吸器疾患 4. 関節疾患 5. 認知症 6. 骨折・転倒 7. 高齢による衰弱 8. がん 9. その他()			
※ 注意事項 (変更申請の場合は 変更理由記入)	1. 医療機関受診最終日 年 月 頃			
	2. 本人の前で話せないこと 有 ・ 無			
	3. 調査時に気をつけること			
	耳 ・ 目 支障 ☐ あり → 筆談(要 否) ☐ なし 認知症 ☐ あり ☐ なし			
	4. その他			
	医療機関名			

※必ず記入してください。 調査後は返却ください。