

受付番号	施一
	短一
	グー

居宅介護支援事業所	名称	
	担当	

申込者	住所				電話番号
	氏名	印	利用者との続柄		

フリガナ					男・女	生年月日	明・大・昭	歳
利用者氏名						年 月 日		
保険者	市 町村	要介護度区分				認定年月日	令和 年 月 日	
		要支援	1	2	3	4	5	認定有効期間
被保険者番号								
利用者現住所	〒					電話番号		
現在の居住場所	自宅 ・ 子の家 ・ その他世帯主				本人・その他 (/続柄)			
	老人福祉施設 ・ 老健施設 ・ 医療施設 ・ その他				名称			
その他連絡先	第一連絡者 (/続柄)				第二連絡者 (/続柄)			
	電話番号				電話番号			
世帯区分	1. 単身 ・ 2. 高齢世帯 ・ 3. 日中独居 ・ 4. その他 ()							
家族状況	配偶者	有・無 (死別・離婚・未婚)			配偶者氏名	生年月日	年 月 日	
	子供	男 人	女 人	在宅での介護者 (/続柄)				
健康状況	現在の疾患・既往歴等							
	通院・入院歴	有・無	利用した医療機関					
年金受給状況	高齢福祉年金			障害者年金				
	高齢年金			その他				
医療受給	1. 医療保険証区分			国保・社保・共済・その他 ()				
	2. 老人保健医療受給者証			有・無	3. 身体障害者福祉法医療助成			有・無
備考	-----							

