

介護保険受付相談記録票

相談受付日	年 月 日 時 ～ 時		
所 属		受付者	
確 認 事 項			
1	相談対象者名		
2	申請者	本人 ・ 代理申請者 (続柄 氏名)	
3	所 在	在宅 ・ 病院 () ・ その他	
4	緊急度	通常判定 ・ 申請で暫定サービス利用者 ・ 状態安定後申請 ・ その他	
5	申請書の作成	(別紙記入のこと)	
6	家族等の連絡先	氏名	(続柄)
		住所	〒 -
		電話番号	
7	申請理由		
8	当面の希望サービスの種類	<ul style="list-style-type: none"> 1 訪問介護 (ホームヘルプサービス) 2 通所介護 (デイサービス) 3 通所リハビリ 4 短期入所生活介護 (ショートステイ) 5 福祉用具貸与 (ベッド・車いす等) 6 福祉用具購入 (ポータブルトイレ・シャワーベンチ等) 7 住宅改修 (床段差の解消・手すりの取り付け等) 8 訪問入浴 9 その他希望したいこと <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> [] </div>	