

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	<p>1 訪問介護 (ホームヘルプサービス)</p> <p>2 通所介護 (デイサービス)</p> <p>3 通所リハビリ</p> <p>4 短期入所生活介護 (ショートステイ)</p> <p>5 福祉用具貸与 (ベッド・車いす等)</p> <p>6 福祉用具購入 (ポータブルトイレ・シャワーベンチ等)</p> <p>7 住宅改修 (床段差の解消・手すりの取り付け等)</p> <p>8 訪問入浴</p> <p>9 その他希望したいこと</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> [] </div>	