

利用申込（相談受付）票 FAX:043-497-2551

受付 No.		相談方法	来所・電話・郵送・ファクシミリ・訪問		
ふりがな			生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
氏名					
保険者			居宅・介護予防サービスの利用	初めて・過去に利用・現在も利用中	
住所	〒 -		TEL : () FAX : ()		
相談者氏名			利用者との関係		
相談者住所	〒 -		TEL : () FAX : ()		
家族構成等	続柄	氏名	年齢	同居別居	特記事項
申込（相談）内容の概要			居宅サービス計画の作成		
			<input type="checkbox"/> 未作成 <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 自己作成 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所作成 事業所名()		
			保険給付対象サービスとしての提供の拒否		
既往歴・現病歴			<input type="checkbox"/> 同居家族へのサービス提供であるため <input type="checkbox"/> 保険給付の対象とならないサービス提供の申込みであるため <input type="checkbox"/> 正当な理由があるため		
			① 事業所の現員からは利用申込に応じきれない。 (状況：) ② 利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である。 ③ その他利用申込者に対し自ら適切な指定訪問介護を提供することが困難である。 (状況：)		
要介護（要支援）認定			サービス提供困難時の対応		
<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者への連絡 <input type="checkbox"/> 他の指定訪問介護事業者等の紹介 事業所名称		
認定審査会意見					
			訪問・アセスメント 予定日時	年 月 日 午前・午後 時	