連　絡　票

別　紙

※郵送で申請される場合のみ、申請書に添付して提出をお願いいたします。

申請区分 ○で囲んでください	新規　・　変更　・　更新
被保険者番号	
被保険者氏名	フリガナ
申請時の状況 （被保険者の居場所） ○で囲んでください	・自宅 ・施設・病院　（施設又は病院名　　）
申請書提出者 住所氏名	〒　　－ 住所 氏名　　続柄　（　　） TEL　　－　　－
訪問調査について ○で囲んでください	調　査　場　所 自宅　・　入所施設　・　病院　・　その他（申請書の訪問先住所欄記載住所） 訪問調査時における家族等の立会いの「有無」と「有」の場合の立会者連絡先 無　・　有　→　氏名（　　）　続柄（　　） ＴＥＬ　　－　　－ 備考（希望する日時、時間帯　等）
結果通知の送付先 ○で囲んでください 「その他」の場合は住所の記載をお願いします。	自宅　・　入所施設　・　申請書提出者宅　・　その他 〒　　－ 様方
現在利用又は今後希望するサービス	・訪問介護（　　）・訪問入浴（　　） ・乗降介助（　　）・訪問看護（　　） ・訪問リハビリ・デイサービス（　　）・デイケア（　　） ・福祉用具購入（　　）・福祉用具レンタル（　　） ・住宅改修　・施設入所　・ショートステイ　・グループホーム

※郵送で申請する場合、下記の五つを郵送していただきますようお願いいたします。

① 介護保険　要介護認定・要支援認定　申請書（黄色）　<u>※被保険者欄押印</u>

② 介護保険被保険者証（ピンク）

③ 本用紙

④ マイナンバーの通知カードのコピー（本人様の）

⑤ 申請書提出者様の本人確認できる証のコピー（免許証　等）