

申請管理表(任意)

新座市では、被保険者と訪問調査の連絡を取るために必要な情報提供をお願いしております。

担当ケアマネジャー				
現在利用しているサービス	サービス内容	事業所名	曜日	時間
	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス			～
	<input type="checkbox"/> デイサービス		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
	<input type="checkbox"/> デイケア		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
	<input type="checkbox"/> ショートステイ		申請月と翌月の利用予定日	
	<input type="checkbox"/> 他()		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
	<input type="checkbox"/> 他()		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
家族状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦のみ <input type="checkbox"/> 一人暮らし 家族関係についての留意()			
調査の際に配慮すること	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 視力障害 その他			

以下は市記入欄

<被保険者証・資格者証>

1 預かり済・交付 2 預かり済・未交付 3 無し・未交付

<調査関連> 調査日や調査場所は申請書参考。変更ある場合は経過記入し、申請書にわかるように追記する

【備考】申請理由、入院中の経過、調査方法等の申し送り	調査日程調整の経過			
	○月○日	○時○分	相手先	電話内容