

介護扶助申請書 (介)
(要介護者用)

係長	担当員

和泉市福祉事務所長あて

令和 年 月 日

別添「居宅介護支援計画」のとおり、下記の事業所において、
介護サービスを利用したいので、介護券の交付を申請します。

居宅介護支援
事業所

事業所番号()
担当ケアマネジャー:
事業所TEL:

申請者 住 所	和泉市				氏 名			年 齢	歳									
被保険者番号					認定期間	～		要介護 1・2・3・4・5										
保険者 (和泉市以外のみ記入)		市 区		保険者番号 (和泉市以外のみ記入)														
扶 助 の 種 類	1. 訪問介護									17. 小規模多機能型居宅介護								
	2. 訪問入浴介護									18. 地域密着型特定施設入居者生活介護								
	3. 福祉用具貸与									19. 複合型サービス								
	4. 訪問看護									20. 介護老人福祉施設								
	5. 訪問リハビリテーション									21. 介護老人保健施設								
	6. 通所介護									22. 介護療養型医療施設								
	7. 地域密着型通所介護									23. 地域密着型介護老人福祉施設								
	8. 通所介護リハビリテーション									24. 特定福祉用具購入								
	9. 居宅療養管理指導									25. 住宅改修								
	10. 短期入所生活介護 (特別養護老人ホーム・ショートステイ)									26. 居宅介護サービス計画 (みなし2号のみ居宅介護支援を入力)								
	11. 短期入所療養介護 (老人保健施設ショートステイ)									27. その他()								
	12. 認知症対応型共同生活介護									※該当する番号に○を付けて下さい。								
	13. 特定施設入居者生活介護																	
	14. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護																	
	15. 夜間対応型通所介護																	
	16. 認知症対応型共同通所介護																	
	今回利用する 事業所 (番号は上記と一致する ものを記入)	番号		事業所名	事業所番号()				利 用 開始日	／								
番号			事業所名	事業所番号()				利 用 開始日	／									
番号			事業所名	事業所番号()				利 用 開始日	／									
番号			事業所名	事業所番号()				利 用 開始日	／									
番号			事業所名	事業所番号()				利 用 開始日	／									
番号			事業所名	事業所番号()				利 用 開始日	／									
番号			事業所名	事業所番号()				利 用 開始日	／									
番号			事業所名	事業所番号()				利 用 開始日	／									
主 治 医	主治医氏名				医療機関名													
	医療機関住所				電話番号													

※居宅介護サービスを利用する際は、「居宅介護支援計画」の写しを添付して申請してください。
※介護扶助申請書はサービスを受ける前に提出してください。(介護券が発行できない場合があります。)
様式：平成29年4月～