**相 談 票**　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所情報  （必須） | 事業所名 | |  | | | | | | | | 保険者受付印 | | | | |
| 事業所担当者 | |  | | | | | | | |
| 電話番号 | | －　　　　　－ | | | | | | | |
| サービス種類  （必須） | （　サービス種類を記載　例：地域密着型通所介護　）  ※訪問介護（生活援助）、短期入所生活介護（半数超え）、福祉用具貸与（軽度者）に  ついては、各専用の様式をご使用ください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者情報  個別ケースの相談の場合に記載 | 氏　名 |  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援 １・２　　 要介護 １・２・３・４・５　　 事業対象者 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談内容 |  | | |
| 内容詳細  ※書ききれない場合は別紙にご記入ください。 | □新規相談　□継続（　　　　年　　月　　日相談済） | | |
| 回答希望日 | 年　　月　　日 | ※回答までに５日程度時間を要しますので、余裕を持って提出してください。 | 保険者確認印 |
| □一般論としての回答であるため、同様の案件について適用可能です。  　□個別案件に対する回答であるため、他の相談案件には適用できません。 | | |
| 保険者回答 |  | | |

別紙：相談票添付用

|  |  |
| --- | --- |
| 内容詳細 |  |