

相談票（生活援助）

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	訪問介護（生活援助中心型）							
利用者情報 (必須)	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				

利用者の 状態	<input type="checkbox"/> 新規相談 <input type="checkbox"/> 継続 (年 月 日相談済)	
	
	
	
同居家族の 有無・状況	
	
	
	
サービス 内容詳細 (回数等)	
	
	
	
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。
保険者回答	※本票は個別の相談内容の記録であり、他の相談案件には適用できません。	
	
		保険者確認印