

様式第5号 (第9条関係)

家族構成	ひとりぐらし	老人夫婦のみ	その他 (本人含む 人家族)
日中の介護者がいる	氏名	続柄	
日中の介護者がいない (認定調査に立ち 会える方の連絡先) 8:30~17:00の間に 連絡いたします	・自宅に連絡を希望	時～	時ころ
	・勤務先に連絡を希望 氏名 勤務先名	時～	時ころ 電話番号
	・携帯電話に連絡を希望 氏名	時～	時ころ 電話番号

利用しているサービスに 印	サービス内容	利用施設・曜日等
	訪問介護 (ホームヘルプサービス)	
	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	通所サービス (デイサービス・デイケア)	
	短期入所 (ショートステイ)	
	その他 (福祉用具の貸与・福祉用具の購入・住宅改修等)	
利用していない (理由)		

自宅付近の見取り図 自宅付近の略図及び目標物を記入してください

様式第 5 号 (第 9 条関係)