

介護保険コミュニケーション・サポーター派遣申請書

年 月 日

神戸市様

神戸市介護保険コミュニケーション・サポーターの派遣を申請します。

フリガナ	
氏名	
被保険者番号	
住所	〒
電話番号	
サポート内容 (該当番号に○)	(1)要介護認定における訪問調査 (2)ケアプランの作成 (3)その他()
言語	
中国残留邦人の一世である	はい いいえ (中国語の場合はご本人に確認してください。) ※「はい」の場合で申請をする際は、必ず申請理由(特別な事由等)を記入してください。
訪問予定日	年 月 日
入院中の場合は、 入院先の病院名・ 住所を記入してください	

支援団体又は要介護認定申請代行事業者、認定調査事業者、居宅介護支援事業者等がこの申請書を記入する場合は、その団体・事業者名を記入してください。

支援団体または 事業者の名称	
-------------------	--

申請者署名

以下の欄は、申請者が署名できないときに、代理人が記入してください。

代理人署名

代理人住所

申請者との関係