

介護給付算定等相談票

年 月 日

高萩市高齢福祉課 宛て

事業所 住所

名称

代表者

被保険者氏名		被保険者番号		性別	男・女
被保険者住所 連絡先				年齢	
介護区分	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1・2・3・4・5 ）				
担当者氏名 連絡先					
世帯状況	独居・老々世帯・同居家族あり（ ）				
サービスの種類					
内容					
担当者の見解 根拠等					
その他特記事項					
※高萩市記入欄					
	受付日		回答日		

※必要に応じてケアプラン等添付書類の提出をお願いする場合があります。