**介護保険を利用されている方へ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険サービス・利用  されている他制度 | 介護保険 | 事業対象者　　要支援１　　要支援２  要介護１　 要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５ | | |
| 身体障碍者手帳 | １級　　　２級　　　３級　　　４級　　　５級 | | |
| 療育手帳制度 | 重度（A）　　　　　それ以外（B） | | |
| 精神障碍者保健福祉手帳 | １級　　　２級　　　３級 | | |
| 自立支援医療制度の利用 | 有　　無 | 成年後見制度の利用 | 有　　無 |
| そ　の　他 |  | | |

**介護保険やその他制度・サービスを利用されている方**

**あなたの担当ケアマネジャー**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当の居宅介護支援事業所 | 担当ケアマネジャー | 電話 | FAX |
|  |  | * - | * - |
|  |  | * - | * - |
|  |  | * - | * - |



**入所施設**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護事業所／介護施設名 | TEL | FAX | 施設利用期間 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |



**通所施設**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護事業所／介護施設名 | TEL | FAX | 施設利用期間 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |



**訪問事業所**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護事業所／介護施設名 | TEL | FAX | 施設利用期間 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月　～　　　年　　月 |

**神奈川POST　2025年6月**