

介護保険を利用されている方へ

介護保険やその他制度・サービスを利用されている方

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				
	身体障害者手帳	1級	2級	3級	4級	5級
	療育手帳制度	重度 (A)		それ以外 (B)		
	精神障害者保健福祉手帳	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					

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