

【記録】

サービス利用状況			
デイ	週	回	曜日
ショート	月	回	月 日 ~ 月 日 ・ 月 日 ~ 月 日
その他			
申請理由（新規・要支援から変更の場合、被保険者の状態を確認）			
歩行：		排泄：	
食事：		認知：	
その他日頃の状況（入院の場合は入院理由、新規の場合は希望するサービス等を記入）			
認定結果送付先		〒	電話番号
〔被保険者住所と異なる場合のみご記入下さい〕		— —	
		(住所) (氏名)	
備考	認定調査立会希望 有・無	立会者氏名 日中の連絡先	【被保険者証提出 <input type="checkbox"/> 】

【特定疾病】第2号被保険者の方が申請できる病名

① がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）	⑧ 脊髄小脳変性症
② 関節リウマチ	⑨ 脊柱管狭窄症
③ 筋萎縮性側索硬化症	⑩ 早老症
④ 後縦靭帯骨化症	⑪ 多系統萎縮症
⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症	⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
⑥ 初老期における認知症	⑬ 脳血管疾患
⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	⑭ 閉塞性動脈硬化症
	⑮ 慢性閉塞性肺疾患
	⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症