

認定調査連絡票 (新規・更新・区分変更・転入) 地区に○(ハ・白・芦・櫛・若・甲)

* 認定調査の連絡時に必要ですのでご記入ください

R4.4.1現在最新版

介護を受ける方のお名前	現在暮らしているご住所	連絡先: 日中連絡が取れる電話番号 自宅
調査に立ち会う方のお名前	連絡先 * 日中連絡が取れる電話番号をご記入ください	
(本人との関係) ()	自宅 () 携帯電話 ()	
現在のかかりつけ医師	最近の受診は	
() 病院 () 先生	受診した(月 日) ・ 入院中 受診なし → 介護認定を受けるためには主治医意見書が必要です	
入院・入所をされている場合はご記入ください		
□ 病院・施設名 () () 階 病棟 号室		
入院・入所は 年 月 日 から 退院・退所 予定日は 年 月 日 施設TEL【 () 】		
☆ 訪問調査の日程について (ご本人・立会いの方両方のご都合がつく日時をご記入ください)		
① いつでも可		
② 日時の希望あり ・曜日希望 () ・時間の希望 (午前9時 ~ 午後3時半まで)		
月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 午前 時頃 午後 時頃		
* 入院・入所中の方は施設の都合により、ご希望に添えないこともございますのでご了承ください * ご希望の日程を最優先いたしますが、都合により調整させていただくこともありますのでご了承ください		
★通所サービスを利用されている場合はご記入ください。		
介護サービスご利用状況 デイサービス (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) デイケア (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日)		
☆その他連絡事項		

以下は、市役所記入欄

確認欄	<input type="checkbox"/> 申請書の本人の氏名欄の記載あり	受理確認欄
	<input type="checkbox"/> 医療保険記号番号の記載あり <input type="checkbox"/> 資格者証発行済み	受理日 年 月 日 担当者 ()

認定調査 訪問予定	年 月 日 () 自宅・	入院 ()	調査員 ()
	時 分	入所 ()	連絡者 ()

介護認定担当確認欄	
<input type="checkbox"/> 確認者	施設・病院等 () 家族 ()
<input type="checkbox"/> 立会い者	()
<input type="checkbox"/> 駐車場所	()