認定調査連絡事項

※各設問の該当する項目に☑のうえ、必要事項を記入してください。

訪問調査先	□　自宅	住所	※表面の被保険者住所と同じ場合は記入不要です。 電話番号　　（　　）
	□　施設 病院等	施設名 病院名	入院病棟：　　病棟　　階　　号室
		入院・入所日	年　　月　　日　頃
		入院中の方は現在の心身の状況、病名等について記入	（例）○月○日△△△の手術をして入院中。転倒し△△△を骨折など （　　）
		退院・転院・退所 □　予定あり □　予定なし	年　　月　　日　頃　□退院　□転院　□退所　予定あり 転院等の予定先をご記入ください。

調査時立会人	□　立会　あり □家族 □施設・病院職員 □その他 □　立会　なし	フリガナ		本人との続柄	
		氏名			
		電話①	□自宅　□携帯　□勤務先　※平日日中に連絡が取れる連絡先		
		電話②	□自宅　□携帯　□勤務先　※平日日中に連絡が取れる連絡先		

※日頃の生活の様子を正しく調査するため、ご家族等の立会をお願いしています。
※施設や病院の職員の方を立会人とする場合には、事前に施設等とご相談したうえでご記入ください。
※ケアマネジャーの立会は原則認めておりませんが、例外として次のようなケースでは立会を認めています。
・認定を受けようとする方が施設入所者であって、施設職員として立会う場合
・認定を受けようとする方に認知症状等があり、独居や遠方であるなどの理由によりご家族等の立会が難しい方

調査日の希望	※立会人含め、ご都合の悪い曜日、時間帯がある場合にはご記入ください。 【原則として平日の午前9時30分から、または午後１時30分からで日程調整をします。】
連絡事項	調査の際に配慮することなどがあればご記入ください。

家族等連絡先	フリガナ		本人との続柄	
	氏名			
	電話	□自宅　□携帯　□勤務先		

市記入欄

＊市役所処理欄	受付	□窓口　□平川　□長浦	受付	入力	確認	保険料
被保険者証	□処理済　□未回収					
予　診　票	□添付有　□添付無					
資 格 者 証	□手渡し　□郵送　□未交付					