

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	年 月 日 頃 ☐退院 ☐転院 ☐退所 予定あり			
		☐ 予定あり ☐ 予定なし	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	フリガナ	ソデガウラ タロウ		本人との続柄	子
	☑ 家族 ☐ 施設・病院職員 ☐ その他	氏名	袖ヶ浦 太郎			
	☐ 立会 なし	電話①	☑ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ※平日日中に連絡が取れる連絡先 0 4 3 8 (6 2) 3 2 0 6			
		電話②	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ※平日日中に連絡が取れる連絡先 0 9 0 (× × × ×) △ △ △ △			
		※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、事前に施設等に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。 月・水・金はデイサービスを利用のため、火・木の調査を希望します。 【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	ソデガウラ タロウ		本人との続柄	子	
	氏名	袖ヶ浦 太郎				
	電話	☑ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 0 4 3 8 (6 2) 3 2 0 6				

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					