

認定調査連絡票

①～⑥は全申請者が記入、⑦は新規申請時のみ記入をお願いします。

被保険者番号	被保険者氏名																		
①申請者連絡先 この申請書を提出する方についてご記入ください。ご本人の場合は記入不要です。 ふりがな 氏 名 本人との関係 () 住 所 (〒 -) 電話番号 ()																			
②調査日 都合の悪い曜日がございましたら、枠内に×を記入してください。 ☐ 都合の悪い曜日あり ☐ 特に都合の悪い曜日はない <table><thead><tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th></tr></thead><tbody><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			月	火	水	木	金	午前						午後					
	月	火	水	木	金														
午前																			
午後																			
③調査の立会い 認定調査時に立会いを希望されるかどうかをご記入ください。 ☐ なし 同時選択可 ☐ あり (①の申請者と同じ) ☐ あり (①の申請者以外) → 氏名 () 電話番号 () ☐ 家族・親族 ☐ ケアマネジャー ☐ 施設・病院関係者 ☐ その他 ()																			
④訪問場所 ご本人が現在いる場所についてご記入ください。 ☐ 自宅 → 状況 (☐ 独居 ☐ 夫婦のみ ☐ その他) ☐ 入院先 医療機関名称 () 病棟※分かれば記入 () ☐ 入所先 施設名称 () → 入院・入所先電話番号 ()																			
⑤ご本人の状況 差支えない範囲でお知らせください。 歩行 ☐ 自立 ☐ 介助が必要となきがある ☐ 常に介助が必要 ☐ 不明 意思疎通 ☐ できる ☐ できないときがある ☐ できない ☐ 不明																			
⑥特記事項 認定調査時に配慮してほしいことや連絡事項があればご記入ください。 <table><thead><tr><th>調査時 配慮すること ・ 連絡事項</th><th>筆談が必要 等</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>		調査時 配慮すること ・ 連絡事項	筆談が必要 等																
調査時 配慮すること ・ 連絡事項	筆談が必要 等																		

⑦申請理由・希望するサービス (新規申請の方のみ記入)	
申請理由 (複数選択可)	☐ 病気 (病名) ☐ ケガ・骨折 ☐ 物忘れ ☐ 主治医の勧め ☐ 食欲低下 ☐ 外出困難 ☐ その他 ()
サービス 先行について	認定結果が出る前に介護保険サービスの利用を希望しますか。 ☐ 希望する (希望のサービス :) 希望する場合は地域包括支援センターにご相談ください。 ☐ 希望しない・不明

市記入欄