

調査する場所 (認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などについて本人と家族等に聞き取り調査を行う場所です。)

<input type="checkbox"/> 自宅 (住民登録地)	住所 (〒 -)
<input type="checkbox"/> 現在の居所、入院・入所先	施設名等
<input type="checkbox"/> その他 (右欄に記入)	電話 () 入院・入所予定日：令和 年 月 日

調査立会人 ※個人情報になりますので、必ず立ち会っていただける方の了解を得たうえで記入してください。

<input type="checkbox"/> 申請者	フリガナ 被保険者との関係 () 氏名
<input type="checkbox"/> その他 ※	住所 (〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ
	固定電話 () 携帯電話・職場等 () (平日の日中に連絡がとれるところ) (※事業所・施設の方が立会人になる場合はご家族に立会人になる旨お伝えください。)

調査の都合の悪い日等	(サービス利用日、通院日等で都合の悪い曜日や、立会人の都合の悪い日等を記入してください。)
------------	---

※ 被保険者の状況を記入してください。

- 家族状況 (独居・家族構成) :
- 申請に至る経緯 :
- 最近の疾病・認知症の状況 :
- 最近の入所・入院の状況 :
- 介護保険サービスの利用希望 :
- 認定調査時に気をつけること :

※ 認定調査員が訪問の際に軽自動車を駐車できる場所 あり (敷地内 その他 : ()) なし
 ※ 暫定ケアプラン利用予定 あり なし ※ 提出代行者による調査 可 不可 (理由 : ())

***介護保険課(調査係)事務処理欄**

委託先区分	<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事業団 <input type="checkbox"/> よこすか <input type="checkbox"/> その他	委託料区分	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 無償
事業者番号	事業者名	<input type="checkbox"/> 新規	

連絡年月日	経過
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	