



**申請者記入欄**

●**昼間必ず連絡が取れる連絡先**（ 自宅 ・ 提出代行者 ・ 職場 ・ 携帯 ・ その他 ）

(郵便番号) _____		(住所) _____		電話 ( ) _____	
(氏名)			(本人との関係)		

\* 自宅・提出代行者に○を付けた場合は省略可

●**調査立会いの有無**（ 有 ・ 無 ） ●**調査後、家族のみでの面接希望の有無**（ 有 ・ 無 ）

●**調査員が調査時の質問で、被保険者に対し配慮が必要な項目の有無**（ 有 ・ 無 ）  
 例・病気、亡くなった夫のこと 有の場合内容 ( )

●**調査の場所**（ 自宅 ・ 自宅以外 ） ●**駐車場の場所**（ 有 ・ 無 ）

①自宅以外の場合

<input type="checkbox"/> 病院	(郵便番号)				
<input type="checkbox"/> 施設	(住所)				
<input type="checkbox"/> そのほか		電話 ( ) _____			
(氏名・病院名・施設名)		(部屋番号)	(本人との関係)		

②病院・施設の場合

退院、退所の予定の有無（ 有 ・ 無 ） 予定日 \_\_\_\_\_

●**認定調査立会に都合の悪い曜日、時間帯にレ点**をご記入ください。

申請時に調整し日程を決定します。

	時間	月	火	水	木	金
午前	午前 9 時 30 分から					
	午前 10 時 45 分から					
午後	午後 1 時 15 分から					
	午後 2 時 30 分から					

**事務局記入欄**

\* 新規・変更時の状況、サービス希望など

**特記事項欄**

\* 希望・使用サービス デイ・デイケア・訪介・訪看・ショート・福祉用具貸与/販売・住改・施設入所 通所C

決定調査日	日時	月	日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前 9 時 30 分から <input type="checkbox"/> 午前 10 時 45 分から <input type="checkbox"/> 午後 1 時 15 分から <input type="checkbox"/> 午後 2 時 30 分から				
	担当							
	受付者印	資格者証発行	被保険者証回収	証返還情報入力	主治医	入院時確認 <input type="checkbox"/> 調査日時 <input type="checkbox"/> 立会 <input type="checkbox"/> 事後聞取 <input type="checkbox"/> 病室	被保険者証入力	受付簿入力
	提出 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送				身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
代理権の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 書面 ( )				<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ※2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号確認書類 (通知カード等)								