



**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<br><input type="checkbox"/> 午前 10 時 45 分から<br><input type="checkbox"/> 午後 1 時 15 分から<br><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<br><input type="checkbox"/> 調査日時<br><input type="checkbox"/> 立会<br><input type="checkbox"/> 事後聞取<br><input type="checkbox"/> 病室 | 被保険者証入力 | 受付簿入力 |
|  | 提出<br><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送 |        |         |   | 身元確認<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |         |       |
| 代理権の確認<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 書面 ( )      |   |        |         | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ※2点以上<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |   |         |       |
| 個人番号の確認<br><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) |   |        |         |   |   |   |         |       |