



**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 ）

└提出代行者 連絡先者 その他( 続柄: ) 施設職員 担当ケアマネジャー※要事前相談

●**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 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> そのほか	(郵便番号) _____ (住所) _____	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 ( )	担当		<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
受付者印	資格者証発行	被保険者証回収	証返還書入力	主治医	入院部確認
					被保険者証入力
					受付簿入力
提出				身元確認	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電子申請				<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				※2点以上	
<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 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	
個人番号の確認				<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	
<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)				<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
窓口確認事項					
<input type="checkbox"/> テレビ電話予定有※調査員端末操作代行不可 <input type="checkbox"/> 所要見込時間確認済: <input type="checkbox"/> 時間区分内1件のみ/ <input type="checkbox"/> 2件目優先					
<input type="checkbox"/> 調査当日事前連絡不要 <input type="checkbox"/> 訪宅初回※地域確認要 <input type="checkbox"/> サービス回数、ショート日付確認済 <input type="checkbox"/> 生活の場に入る旨の説明済					