

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 ） *自宅・提出代行者に○を付けた場合は省略可

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

●**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	(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

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 担当	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
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			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/□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※地区確認要 <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					