

訪問先等記入票

認定調査員が調査のためにお伺いしますので、調査場所等の必要事項をご記入ください。
 なお、調査日時等の調整については、認定調査員から立会者に連絡させていただきます。

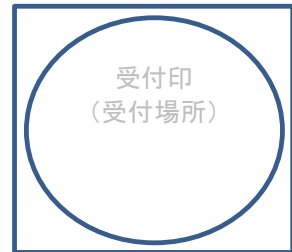
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅（住所記載不要）			
	<input type="checkbox"/> 病院	病院名： 退院予定日： 月 日 ・ 未定	病棟	階 号室
	<input type="checkbox"/> その他	住所： 〒	施設名・ 方書等	
家族 連絡先	氏名		続柄	
	電話番号	①	— —	自宅・携帯・その他（ ）
		②上記で連絡が見つからない場合	— —	連絡先（ ）
※認定調査員等が連絡します。調査員個人の電話（携帯等）から連絡する場合があります。				
立会者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 家族以外	氏名		続柄	
	電話番号	①	— —	自宅・携帯・その他（ ）
		②上記で連絡が見つからない場合	— —	連絡先（ ）
	※認定調査員等が連絡します。調査員個人の電話（携帯等）から連絡する場合があります。			
※調査の立会いを希望されない場合又は立会者が家族(介護者)でない場合は、その理由をご記入ください。				
<input type="checkbox"/> 一人に対応できるため <input type="checkbox"/> 病院・施設等の職員に対応してもらうため <input type="checkbox"/> その他 理由 { }				

マイナンバーを利用した健康保険証の情報照会への同意(表面のマイナンバー記載が必要です)

申請書共通チェックリスト様式

担当部署名： 市民福祉部 介護福祉課 問い合わせ先： 025-792-9755

申請等の名称	介護保険「要介護更新認定・要支援更新認定」申請書
--------	--------------------------



申請者	住所： _____
	氏名： _____

	書類の名前	省略	省略できる条件	受付窓口	担当課
1	申請書本体	不可		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	主治医意見書作成事前調査票	可	原則全員提出。 主治医が小出病院(入院中の者を除く)、 ふくじゅクリニック、堀之内医療センター、 守門診療所、庭山医院、中島脳外科内科 医院の場合は必須。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	介護保険被保険者証 (引き換えに介護保険資格者証をお渡しします)	可	被保険者証を紛失した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	加入医療保険資格情報がわかる書類の写し (40歳から64歳までの方のみ)	可	マイナンバーを利用した保険 者への照会に同意をいただける 場合は省略可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>