

# 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。  
 ※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。

<b>調査場所</b>	<input type="checkbox"/> 自宅 (住所記載不要)				
	<input type="checkbox"/> 病院	病院名:	病棟	階	号室
		退院予定日: 月 日 / 転院予定日: 月 日	転院先:	/ 未定	
<input type="checkbox"/> その他	住所:	施設名・方書等			

**立会者**  
 (調査日時等の調整の連絡については、認定調査員から連絡します。)

氏名		続柄	
電話番号	①	— —	自宅・携帯・その他( )
	②	— —	上記で連絡がつかない場合 連絡先( )
	※連絡が取れる時間帯を記入してください。 ・いつでも連絡可能 / ・AM PM 時から 時のあいだ / その他( )		

**その他連絡先**  
 (上記の連絡先と異なる場合は記入してください。)

氏名		続柄	
電話番号	①	— —	自宅・携帯・その他( )
	②	— —	上記で連絡がつかない場合 連絡先( )
	※連絡が取れる時間帯を記入してください。 ・いつでも連絡可能 / ・AM PM 時から 時のあいだ / その他( )		

その他	( )
-----	-----

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	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>受付印 (受付場所)</p> </div> </div>		
	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">受付者</td> <td style="width: 50px; height: 30px;"></td> </tr> </table>	受付者		
受付者				
	申請者氏名: _____ _____			

	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、星内科医院の場合 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"/>