

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。

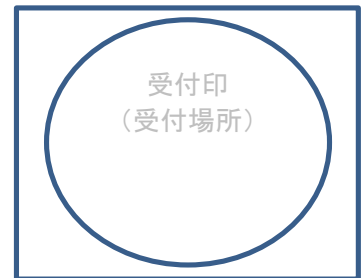
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (住所記載不要)				
	<input type="checkbox"/> 病院	病院名:	病棟	階	号室
		退院予定日:	月	日	未定
	<input type="checkbox"/> その他	住所:	〒	施設名・ 方書等	
家族 連絡先	氏名			続柄	
	電話番号	①	-	-	自宅・携帯・その他()
		②上記で連絡が見つからない場合	-	-	連絡先()
		※認定調査員等が連絡します。調査員個人の電話(携帯等)から連絡する場合があります			
立会者	氏名			続柄	
	電話番号	①	-	-	自宅・携帯・その他()
		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"/> 家族	<input type="checkbox"/> 一人に対応できるため				
<input type="checkbox"/> 家族以外	<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 { }				

□欄にチェックをつけてください。

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	その他(申請者が任意で添付した書類等)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>