

調査連絡票

記入日 令和 年 月 日 記入者

本人との関係

氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
◆ 調査場所			
① 住所地			
② 居所 _____		TEL _____ ()	
③ 施設 _____		入所日 _____	退所日 (予定) _____ 年 月 日・未定
④ 病院 _____ 病棟 _____		入院日 _____	退院日 (予定) _____ 年 月 日・未定
調査場所の連絡先 TEL _____ () 担当者 _____			
◆ 立会者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
氏名 _____		続柄 配偶者・子()・その他()	
TEL _____ ()		(昼間連絡のつく電話番号)	
◆ 疾患名(現在)			
<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他 ()			
◆ 現在利用しているサービス <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
<input type="checkbox"/> ヘルパー		利用日(月 火 水 木 金 土 日)	
<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア		利用日(月 火 水 木 金 土 日)	
<input type="checkbox"/> ショートステイ		月 日 ~ 月 日	
<input type="checkbox"/> その他()			
◆ 備考 調査員に伝えたいこと(視力、聴力、本人に配慮すべき病名・余命、前回認定時との変化有無等について)			
<input type="checkbox"/> 特になし			
◆ 認定結果通知及び保険証等の送付先			
1 自宅 2 届出の居宅介護支援事業者 3 入所先介護施設 4 その他()			

被保険者証再交付申請書

申請者 氏名 介護保険申請書と同じ 本人との関係 本人・配偶者・子()・その他()

住所 介護保険申請書と同じ 電話番号 介護保険申請書と同じ

被保険者氏名 介護保険申請書と同じ

市役所記入欄

申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他()
被保険者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他()
備考				