

調査連絡票

記入日 令和 7 年 4 月 1 日

記入者 松井田 花子 本人との関係 長女

氏 名	安中 太郎	生年月日	明治・大正・昭和 10 年 10 月 10 日
-----	-------	------	-------------------------

◆ 調査場所

① 住所地

現在生活しているところに訪問します
番号に○をつけてください

② 居所

住所外のお家で生活している場合

③ 施設

入所日 年 月 日 退所日 (予定) 年 月 日・未定

④ 病院

病棟 階 入院日 年 月 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

☐なし ☒あり

氏名 松井田 花子 続柄 配偶者・子(長女)・その他()

Tel 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 (昼間連絡のつく電話番号)

◆ 疾患名(現在)

☐骨折 ☒脳血管疾患 ☐心疾患 ☐認知症 ☐がん ☐その他 ()

◆ 現在利用しているサービス

☒なし ☐あり

☐ヘルパー 利用日(月 火 水 木 金 土 日)

☐デイサービス ☐デイケア 利用日(月 火 水 木 金 土 日)

☐ショートステイ 月 日 ~ 月 日

☐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・症状、認定時の変化有無等について)

・聴力低下あり。大きめな声だと聞き取れる。

・前回の認定時より足腰が不安定となり、物忘れが進行している。

☐特になし

送付先の「宛先・〒・住所」をご記入ください

◆ 認定結果通知及び保険証等の送付先

番号に○

〒379-0100 安中市安中△△-〇

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(松井田花子宅)

被保険者証再交付申請書

申請者 氏名

☐介護保険申請

介護保険被保険者証を紛失されている方は
ご記入ください

関係 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	