認定調査のための確認事項

必要事項を記入し、あてはまる所に○をつけてください。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名			
現在の介護度	要支援 １ ・ ２　　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５		

１．申請理由（①～③の１つに丸を付けてください）

① 更新のため	具体的な状況をご記入ください。②③の場合は必ずご記入ください
② 介護度を見直すため（介護・変更申請）	
③ 介護・支援が必要となった（新規申請）	

２．調査時の同席者（①～②のどちらかに丸を付けてください）

① 同席する 日程が合えば同席する	フリガナ			
	同席者氏名			
	本人との関係			
	☎自宅		☎携帯	
② 同席しない				

３．調査場所（①～③の１つに丸を付けてください）

① 自宅	駐車場　→　有・無
② 施設 病院	名　称（　　） 住　所（　　）
③ その他	（　　）

４．調査は、月曜日～金曜日（祝日を除く）９時～１６時になります。
ご都合の悪い曜日・時間帯がある場合は、×をご記入ください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前					
午後					

５．同席者のいない場合は、調査員が連絡をさせていただく場合があります。
ご家族等ご本人の様子がわかる方の連絡先を必ずご記入ください

フリガナ
氏 名（　　本人との関係　　）

連絡先（　　）

市確認欄				
受付日 ／	申請区分 新　更　変・介	申請場所 市役所　代行	代行事業者名	市役所受付者