認定調査のための確認事項

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
現在の介護度	要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５　　＊新規の方は選択不要		

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	生活で困っていることや病名など具体的な状況を**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．調査時の連絡先（１～２のどちらかに丸を付けてください）

１　同席する　　２　同席しない			
フリガナ 氏名			
本人との関係		電話番号	

※電話番号は、日中つながる番号をお間違いなくご記入ください。
※同席されない場合でも、調査員が連絡をさせていただく場合があります。
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

３．調査場所（１～３の１つに丸を付けてください）

１　自宅	調査員の車を置く駐車場　→　有　・　無	
２　施設または病院	名　称（　　） 住　所（　　） 電話番号（　　）	入院日　　／ 入院病棟（　　）
３　その他	（　　）　＊親族の家等	

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					

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