**認定調査のための確認事項**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　＊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２　または２　病院 | 名　称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 入院日　　　／入院病棟（　　　　　） |
| 住　所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　 |
| 電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 | 申請場所 | 代行事業者名 | 市役所受付者 |
| ／ | 新　　更　　変・介 | 市役所　　代行 |  |  |