

介護保険認定調査 連絡票

記入例

申請区分	更新	介護度	要支援1	有効期間	〇年〇月〇日から△年△月△日まで
------	----	-----	------	------	------------------

被保険者番号	123456	フリガナ氏名	ズシ 太郎	生年月日	〇年 〇月 〇日	性別	男
--------	--------	--------	-------	------	----------	----	---

認 定 調 査 場 所	住 所	逗子市逗子〇—〇—〇	
	電 話	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇	
	※認定調査の場所が上記の住所と異なる場合にご記入ください 施設・病院名(病院の場合には病棟・病室番号)		
	住 所	〒	電 話

※認定調査に同席される方の有無をお知らせください(後日認定調査の日程の連絡をさせていただきます)

☐いない
☒いる (調査日程の連絡先 → ☒同席者 ☐本人)

【同席者連絡先】フリガナ ズシ ハナコ
氏名 逗子 花子 続柄 長女
連絡先 〇〇〇ー〇〇〇〇 (自宅、携帯、勤務先) ※連絡がとれる時間帯
連絡先 △△△ー△△△△ (自宅、携帯、勤務先) 午前・午後 11 時ごろ

認定調査は、介護保険法の規定に基づき、「逗子市の職員」又は「逗子市が認定調査業務を委託した居宅介護支援事業所等」が行います。

※新規・区分変更申請される理由または、事前に調査員へ伝えたいことがありましたらお書きください

前回より物忘れの症状がすすんでいる。

認定結果及び認定有効期間満了時のお知らせ、介護保険給付に関する書類の送付先
※本人宛(住民票上の住所)または既に設定されている送付先へ送付します。
送付先を変更される場合は介護保険被保険者証等送付先変更届を提出してください。

高齢介護課使用欄

※定期受診 有・無 ※サービス利用 有・無 ※施設(特・老・療・その他)
※申請書を窓口を持参された方 ※送付先確認 有・無
本人、家族()、居宅介護支援事業所()
包括(東部、中部、西部) ※調査依頼 可能 不可能 3 回目

本人確認	時 分
介・免・住・健・障・後・個・お知らせ	
その他()	
申請受付者	郵