

逗子市 介護保険認定調査 連絡票 （新規システム・手書き・HP）

申請区分	更新	介護度		有効期間	から	まで
------	----	-----	--	------	----	----

被保険者番号		フリガナ氏名		生年月日		性別	
--------	--	--------	--	------	--	----	--

認定調査場所	住所	
	電話	
	※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		
氏名	続柄	
連絡先	(自宅、携帯、勤務先)	※連絡がとれる時間帯
連絡先	(自宅、携帯、勤務先)	午前・午後 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

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

介護保険課使用欄		
※定期受診 有・無 ※サービス利用 有・無 ※施設(特・老・療・その他)		
※申請書を窓口に持ってきた人 ※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	