

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	新規	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

※本人宛(住民票上の住所)以外の送付先を希望される場合は、介護保険被保険者証等送付先変更届をお出しください。

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