

※ 申請を受け付けた後、市または市が委託した事業所等の認定調査員がご自宅等へ伺い、日頃の心身の状況等について本人や家族等へ聞き取り調査を行います。

認定調査連絡票

☐医療保険加入確認（第2号：40～64歳）
 被保険者証の回収（ ☐有・☐無・☐再交付 ）

※要注意
 入退院・入退所等で生活場所が変更となった場合、原則1週間以上経過してからの調査となります。

受付確認欄 (受付者：)

認定調査依頼先 ☐包括・☐居宅・☐施設・☐事務受託法人・☐市職・☐依頼 ()

電話番号 ()

主治医意見書⇒☐自宅・☐直送・☐施設・☐窓口渡し【本人・家族・ケアマネ・その他 ()】

申請者記入欄

代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査する場合には記入不要です。当てはまるものに☑し、 () に記入してください。

調査場所	☐ 居宅
	☐ 入院先 () 病棟 ()
	入院開始日 (年 月 日) 病名 ()
	転院予定 ☐ 無・ ☐ 有⇒ (年 月 日頃) 転院先 ()
	退院予定 ☐ 無・ ☐ 有⇒ (年 月 日頃)
	☐ 施設 ()
	☐ その他 () 住所 ()
生活状況	☐ 独居 ☐ 同居(配偶者のみ) ☐ 同居 ()
調査立会人	☐ 無 ☐ 有 ⇒氏名 () 続柄 ()
	電話番号 () ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
連絡先	☐ 本人 ☐ 調査立会人 ☐ その他 ()
	電話番号 () ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
本人の状況	認知機能の低下 (☐ 無 ☐ 有)
	難聴 (☐ 無 ☐ 有⇒筆談や手話が必要ですか ☐ 必要 ☐ 不要)

その他(心身や生活の状況などを記入してください)