

申請年月日 令和 年 月 日

[illegible]

提出代行者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

[illegible]

本人氏名

認 定 調 査 に つ い て

要介護認定の為に、あなたの心や身体状況について、調査員があなたのご家庭などにお伺いしてお聞きします。

認定調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

調査時の連絡先

下記の連絡先に日程調整の連絡をいたします。

※土日祝日、平日の9時前、17時以降の調査はお受けできません。ご了承ください。

氏 名	被保険者との関係（ ）
電 話 番 号	※平日9時～17時に連絡のとれる電話番号をお書きください
同席の有無	有（氏名 ） ・ 無

新規申請の方

介護サービスが必要となった理由を簡単に記入してください。

--

あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳等が必要ですか。

- (1) 必要。（具体的にどのような人が必要ですか。_____）
- (2) 必要ない。

その他認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることや、本人の前では言いにくいことなどがありましたら、その内容をご記入ください。

＊ 入院・入所や介護保険被保険者証に記載された住所にいないためご自宅で調査ができない場合は枠内に本人の居所をご記入ください。

--

この用紙は、調査員（町依頼先の居宅介護支援事業者等職員）による認定調査において、ご家庭などへの訪問日程をお伺いするためのものです。必ず記入してください。