

次のとおり申請します。

次のとおり申請します。		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院 印		
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号													*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要				
	個人番号																	
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名													性 別	男	・	女	
	住 所	〒																
		電話番号																
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日 から 年 月 日																
	変更申請理由																	
介 護 保 険 施 設 及 び 医 療 機 関 入 所 の 有 無 (短期入所を 除く。)	有	入所施設名及び医療機関																
	無	所在地																

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名		

本人氏名

認定調査連絡票

被保番号

氏名

※太枠内を記入してください。

現在のご様子		
1 家族構成	一人暮らし・夫婦二人暮らし・本人含む（ ）暮らし 日中独居になりますか はい・いいえ	
2 現在のお困りごと		
3 主な病気		
4 身体の様子	歩行：可能・杖使用・シルバーカー・つたい歩き・車いす・寝たきり 排泄：自力・オムツ使用・その他（ ） 聴力：普通・やや遠い・聞こえない 視力：普通・見えにくい	
5 認知症状	有・無	
6 調査時に気をつけてほしいこと		
<サービス利用について> 申請について ★新規（受けたいサービスがあれば○で囲んでください） ・訪問介護・訪問入浴・デイサービス・通所リハビリ・施設入所 ・福祉用具（ ）・その他（ ） ★更新・区変（いずれかを○で囲んでください） ・サービスの利用について：している・していない <認定調査について>		
連絡先	氏名	電話番号
	本人との関係（ ）	携帯番号
	※連絡時注意事項（連絡がつきやすい時間等）	
	調査立会者：有・無（立会者名： 続柄： ）	

市側記入欄

調査先	自宅・自宅以外 入院中・入院中の方 退院の予定（ ） 病院・施設名 ※病院の場合： 病棟 号室
調査日	※新規・急な調査のみ日時決定（必ず調査予定表へ入力のこと） 月 日 AM・PM 担当：