

# 要介護認定調査日程連絡票

被保険者名			担当CM等						
区分	更新・新規・区分変更(要介護から・要支援1から・支援2から)・総合事業								
申請理由	※変更申請は悪化または好転した状況、不服の場合は不服理由を必ず記入								
介護が必要となっている主病名、主訴									
調査日 ※○をつけてください	都合がよい 曜日・時間帯	月	火	水	木	金	都合の悪い日	月 日 ( )	
		午前	午後	午前	午後	午前		午後	午前
調査場所	自宅 <input type="checkbox"/> 住民票の住所 <input type="checkbox"/> それ以外 (場所: _____ 住所: _____)								
	施設 ( _____ )				病院 ( _____ 病院 _____ 棟 _____ 号室)				
立ち合い	有 ・ 無								
	※家族の立ち合いが無い場合の調査(調査日、委託等)に関する連絡… 要 ・ 不要								
	名前・連絡先 ( _____ TEL _____ )								
	① 夫・妻・娘・息子・息子の妻・CM・包括職員・施設職員・その他 ( _____ ) 名前・連絡先 ( _____ TEL _____ )								
	② 夫・妻・娘・息子・息子の妻・CM・包括職員・施設職員・その他 ( _____ ) 名前・連絡先 ( _____ TEL _____ )								
認定結果送付先	<input type="checkbox"/> 変更なし (本人が登録している送付先) <input type="checkbox"/> 変更あり⇒ 申請時変更届済 ・ 調査時変更届記入 ・ 今回のみ ( _____ )								
サービス利用状況や調査における連絡事項									

※午前9時30分～10時、午後1時30分～午後2時までに調査を開始できるようご協力をお願いします。(土日祝日は休み)  
 ※この連絡票は申請書に添付してください。

## 事務局使用欄

<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 切れ	生保の有無 (新規のみ記入)	有 ・ 無	受付者	受付番号
滞納の有無	有 ・ 無		被保険証の 回収	済 ・ 未 ( 調査時回収予定 ・ 紛失 )

					連絡相手	対応者	
調査日	月 日 ( )	9:30~	13:30~	: ~	/ 連絡済		
	変更 1	月 日 ( )	9:30~	13:30~	: ~	/ 連絡済	
	変更 2	月 日 ( )	9:30~	13:30~	: ~	/ 連絡済	

調査員への連絡事項	(ex) ・ 立ち合い人からの聞き取りは別室で ・ 本人には”介護認定調査”ではなく”健康調査と伝える” ・ 調査時に準備するもの(スリッパなど)					
	.....					
	.....					