

# 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 午前 午後	火 午前 午後	水 午前 午後	木 午前 午後	金 午前 午後	都合の悪い日	月 日 ( ) 月 日 ( )
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	受付者	受付番号
生保の有無 (新規のみ記入)	有 ・ 無	被保険証の 回収	済 ・ 未 ( 調査時回収予定 ・ 紛失 )
滞納の有無	有 ・ 無		

	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)	