

介護認定調査聞き取り票

城陽市

申請書と一緒に提出をお願いします

										申請者	本人・家族等・代行事業者		
被保険者番号	0	0	0	0							被保険者氏名		
訪問先	自宅	住民票と同じ											
	自宅以外	住所								電話番号			
	病院・施設	病院施設名						棟	号室	電話番号			
調査日の調整連絡先	フリガナ氏名	本人との続柄()											
	電話番号	※できるだけ平日8:30~17:00に連絡可能な方の番号をお願いします。											
都合の悪い日時、曜日		・デイサービス、通院等 ()											
家族等の同席の有無	・家族が同席 ・本人のみの聞き取りでよい ・その他()												
	※家族以外が連絡先・同席者の場合 家族の了承 (済 ・ 未) 理由 : 独居 ・ 遠方 ・ その他()												
訪問調査に関して必要なこと・事前に認定調査員に伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください。													
・現在入院または通院している病気など(差し支えなければご記入をお願いします) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名など:) ・現在入院中の場合、退院の見込み <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 予定(年 月 日ごろ)													
新規申請の方については、申請理由のご記入をお願いします。													
・申請の理由 ()													

※更新申請や市外での調査の場合、本市と契約した介護サービス事業所及び他市町村に委託することがあります。

処理欄	新・新(切)・更・変	支1・2・介1・2・3・4・5
-----	------------	-----------------