

# 介護保険認定調査連絡票

※申請書と一緒に提出ください。

ご本人の氏名 \_\_\_\_\_ 申請区分 ( 新規 ・ 更新 ・ 変更 ) \_\_\_\_\_

介護保険の認定のための調査に、ご自宅または入院・入所先へ調査員が伺います。

日常生活や介護の状況をお聞きしますので、正確な調査のため、ご家族等の立会いをお願いします。

調査の所要時間は45分程度です。

## 1. 調査日に関する連絡先

調査日は、必ず事前に連絡しますので、平日の日中に連絡のとれる電話番号をご記入ください。

氏 名	本人との続柄
.....	.....
連 絡 先	.....
.....	.....

## 2. 調査場所 (該当の番号に○を付け、必要事項をご記入ください。)

1 自宅 (駐車場 あり なし)			
2 申請書の住所以外の家			
住所 .....	氏名 .....	本人との関係 .....	
3 病院入院中のかた			
病院名 .....	病棟 .....	病室 .....	
退院について .....	月 .....	日ごろ退院予定 .....	・ 未定 .....
4 施設等入所のかた			
施設名 .....	電話番号 .....		

## 3. 調査に立ち合われるかた

氏 名	
本人との関係 家族 ( ) ・ 病院職員 ・ 施設職員 ・ その他 ( )	
立会者が「1. 調査日に関する連絡先」と違う場合の連絡先をご記入ください。	
氏 名	本人との続柄
連絡先	.....

## 4. 現在受けているサービスの状況

例) 訪問介護 (ホームヘルパー) 週3日 月・水・金曜日 午後1時から2時まで利用
--

## 5. 連絡事項 (その他調査に関して必要なことをご記入ください)

--

\*問合せ先 笠松町役場 健康介護課 介護担当 058(388)7171