

被保険者番号 _____ 氏名 _____

認定調査について

※認定調査の連絡先についてご記入ください。

連絡先	フリガナ		本人との関係		
	連絡者氏名				
	住所	〒 _____			
		連絡先	①	—	—
			②	—	—
訪問先住所	<input type="checkbox"/> 連絡者住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 [_____]				
訪問調査日時	<input type="checkbox"/> 希望日は特にない				
	<input type="checkbox"/> 曜日の希望あり 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ()				
	<input type="checkbox"/> 時間の希望あり 午前 ・ 午後 時頃				
現在利用中のサービス状況	<input type="checkbox"/> サービス利用あり → 現在利用されているサービス内容をご記入ください。 <input type="checkbox"/> サービス利用なし [_____]				
認定調査に関して何か伝えておきたいと思われることがありましたら、その内容をご記入ください。					
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 保険者確認欄 介護保険者証回収 (済 ・ 未) </div>					

介護保険認定調査を実施するために必要があるときは、上記連絡先の情報を介護認定調査員に提示することに同意します。

連絡者氏名 _____

書類の送付先について

※被保険者証・結果通知等を本人の住所以外を送付先とする場合に記入してください。

送付先	<input type="checkbox"/> 上記連絡先と同じ		<input type="checkbox"/> 入所施設	
	氏名		本人との関係	
	住所	〒 _____		
		電話番号	—	—