

要介護・要支援認定調査に係る確認票

申請後、介護認定調査員がご自宅等に認定調査に伺います。

認定調査の日程調整等を行うために、下記事項が必要となりますので、記入し・申請書と一緒に窓口へ提出願います。

●氏名・住所等

被保険者氏名		住所	(電話番号：)
--------	--	----	----------

●本人の生活状況

現在の状況	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	入院、入所中の施設名称			
	今後の予定	退院又は転院、退所する予定が (<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)		
	退院、転院等先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 () 移動先の名称：		

●介護が必要になった原因等について

介護等申請が必要になった主な原因はなんですか？(傷病名やその状況など)

●認定調査の調査場所、連絡先等について

認定調査場所	希望場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	病院・施設等名称				
	住 所				
調査等の連絡先	<input type="checkbox"/>	氏 名		続柄	
		電話番号			
		連絡時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/>	氏 名		続柄	
		電話番号			
		連絡時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> その他 ()		
調査時の 立会者有無	有 ・ 無	氏名		続柄	

●ケアマネージャーについて

担当事業者		ケアマネージャー氏名	
-------	--	------------	--

●その他連絡事項

--