

認定調査連絡票

* 適切かつ円滑な認定調査を実施するに当たり、本票の記入に御協力をお願いします。

申請者	☐ 本人・家族 ☐ 代行事業所()														
被保険者番号													フリガナ		生年月日
												被保険者氏名		大正 昭和 年 月 日 (歳)	
訪問先 (調査場所) ※該当するものに☑	☐ 自宅														
	☐ 自宅以外	施設・病院名													
		所在地													
		電話番号													
調査員駐車スペース ※該当するものに☑	☐ 自宅の駐車場 ☐ 入院・入所先の駐車場 ☐ 近隣の() ☐ その他() ☐ ない														
連絡先 調査日調整のための連絡先 ※複数ある場合は、優先順位を記載	住所				〒 -										
	(フリガナ)								本人との続柄・関係						
	氏名														
	優先順位①	電話					(自宅・携帯)		連絡が可能な曜日や時間帯を記入してください。						
	②	電話					(自宅・携帯)								
	<備考>														
調査実施で都合の悪い曜日等 ※該当するものに☑	担当調査員の調整及び認定調査日の日程調整を円滑に行うため、都合の悪い曜日、時間帯をチェックしてください。※訪問調査は、原則平日の日中に行いますのでご了承ください。 月曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 火曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 水曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 木曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 金曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 ()														
調査の際同席の有無 ※該当するものに☑	☐ 無 ☐ 有 (氏名) (続柄・関係)														

その他連絡事項 ※該当するものに☑	その他、事前に認定調査員に伝えておきたい事があれば、記入してください。 ※調査時に気を付けてほしいこと、調査対象者とコミュニケーションをとるにあたり配慮すべきこと など													
	☐ 本人は介護認定の調査を承知している ☐ 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい ☐ 本人の前では伝えづらいことがあるので、別室で聞き取りをしてほしい ()													