

認定調査連絡票 ※要介護・要支援認定申請書に添付して提出してください

記入日 年 月 日

被保険者番号		性別	男・女
フリガナ		世帯構成	<input type="checkbox"/> 1人暮らし
氏名			<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> その他 ()	

※ケアマネジャーや高齢者くらしサポートに相談している場合は右に記入してください。

事業所名	
ケアマネジャー等名	

1. 認定調査の訪問先住所を記入してください。

<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (エレベーター有・無)) <input type="checkbox"/> 入院・入所中 (病院・施設名:) (病棟、階、部屋番号:) ※退院のめど: 無・有 (時期:)	訪問先住所 (必ず記入してください) 訪問先 TEL: - -
--	---

2. 認定調査の訪問約束時に必要な情報を記入してください。

連絡先	氏名: _____ 本人との関係 ()
	TEL: 日中連絡の取りやすい順に、電話番号 を記入してください。 ① - - ② - - (携帯・自宅・職場・その他 ()) (携帯・自宅・職場・その他 ())
調査同席者	<input type="checkbox"/> あり 氏名: _____ 本人との関係 () <input type="checkbox"/> なし

3. ご本人の現在の状況について該当箇所に✓印を入れ、病気があれば分かる範囲で記入してください。

<u>I. 普段はどのようにお過ごしですか</u>	<u>II. 物忘れの状況について</u>	<u>III. 主な病気 (分かる範囲で)</u>
<input type="checkbox"/> 近くなら、外出できる <input type="checkbox"/> 室内では、歩行できる <input type="checkbox"/> 日中は主に車椅子の生活 <input type="checkbox"/> 日中もベッド上の生活 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 物忘れはない () <input type="checkbox"/> 年齢相応の軽い物忘れがある () <input type="checkbox"/> 家の中や外出先で、誰かの注意が必要 <input type="checkbox"/> 常に見守りや声かけが必要	() () ()

4. 利用したいサービスや、認定調査に際して伝えておきたいことなどを記入してください。

(必ず記入してください) 例) 施設入所したい、調査に都合の悪い曜日・時間帯、難聴なので大きな声で など

5. 申請時に添付が必要な書類についてはチェックリストを確認のうえ、以下に✓印を入れてください。

①介護保険被保険者証(全員)	<input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 調査時回収	<input type="checkbox"/> 未交付(40歳以上65歳未満)
②健康保険証 (40歳以上65歳未満のかた)				
提示または写しの添付がない場合は、マイナンバーを利用して健保組合等に加入状況を確認させていただきます。				
<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない → 健康保険証の添付が必要です。			

市記入欄

申請区分 (新規・更新・区分変更)・有効期間 (現介護度		年 月 日 ~ 年 月 日)	
●調査割当先	●調査依頼日	●変更申請の理由	処理者印
前回 ()	年 月 日	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 状態の改善 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認者印
今回 ()	★提出期限 年 月 日		