

# 介護認定調査聞き取り票 〔 ※ 申請書と一緒に提出をお願いします。 〕

記入日 年 月 日

申請者氏名		記入者氏名		続柄	
訪問先	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ				
	〔住民票と異なる場合〕				
	<input type="checkbox"/> 病院：名称		病室		
	<input type="checkbox"/> 施設：名称		電話		
<input type="checkbox"/> その他：_____					
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居				
家族の連絡先 (調査立会人)	日頃の介護状況の確認のため、できる限りご家族の立会いをお願いします。また、家族様からお話をお伺いする場合がございますので、ご配慮をお願いいたします。 (8時30分から17時頃までの間で連絡の取れる電話番号をご記入ください。)				
	*氏名：_____ (続柄：_____)				
	*連絡先：_____ (自宅・携帯)				
	*調査の立会い： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	*立会人氏名：_____ (続柄：_____)				
訪問希望日 月～金曜日 (祝日を除く)	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 希望する日時・時間がある ( _____ ) <input type="checkbox"/> 都合の悪い日時・時間がある ( _____ )				
調査時注意点	*事前に調査員に伝えて起きたいことがありましたら、ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 病名を告知していない <input type="checkbox"/> 本人の前で話にくいことがある <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]				
申請理由・生活 及び身体状況・ 希望サービス (※必ずご記入 ください。)					

★現在、介護(予防)サービスをご利用の方は、居宅介護支援事業所等名と担当者をご記入ください。

居宅介護支援事業所等名	担当者名
-------------	------

★申請書に記入された医療機関(主治医)を受診された日をご記入ください。

受診日	年      月      日	入院中
医療機関名	病院    ・    医院    ・    クリニック ( 診療科名： _____ )	

★介護保険者証の送付先

- ご本人(自宅)
- 居宅介護支援事業所等の担当者が住民福祉課窓口で受け取る。(本人または家族の承諾済であること)
- その他の送付先

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)