

訪問調査確認票

コロナ延長歴: 無 有 認定日: _____年 _____月 _____日

本人来庁 新規 更新 期限切れ申請 区分変更申請 事業対象者

被保険者名

前歴 認定日: _____年 _____月 _____日 介護度 _____
 転入日: _____年 _____月 _____日

有効期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 末 保険証回収

※名前にはふり仮名をお願いします

◎申請者(窓口に来られた方)

続柄 _____ 担当ケアマネ 無 要
 有 () 不要

◎サービスの希望・要望・申請に至る経緯など

事業所名 _____

耳が聞こえにくい

はい
 いいえ

目が見えにくい

はい
 いいえ

1. 訪問先

自宅

病院 病院名: _____ 病棟 _____ 号室

入院日 _____年 _____月 _____日 ~ 担当相談員 _____

退院予定日 未定 有 _____月 _____日頃

施設等 施設名: _____ 階 _____ 号室

入所予定日 _____ 退所 有 _____ 担
 入所日 _____年 _____月 _____日 ~ 予定 無 _____月 _____日頃 当 _____

その他 _____

2. 立ち会いの有無

お知らせのみ希望 ※立ち会いが無ければ連絡しません、日時のみお知らせを要す方はチェック。

有 ふりがな _____ 同居 被保険者
 無 立会者名 _____ 別居 との続柄

3. 調査の日程調整連絡先

※お知らせのみ希望の方の連絡先、時間は記入してください。

被保険者本人 TEL _____ 自宅 ケアマネ立ち合い有
 携帯 _____

家族 自宅 ふりがな _____
 親戚など TEL _____ 携帯 _____ 勤務先等 _____

ふりがな _____ 同居 被保険者
 氏名 _____ 別居 との続柄

ふりがな _____
 その他 名称 _____ 連絡先 _____

4. 連絡する時間帯(土日祝をのぞく・開庁時間内)

いつでもよい(9時~17時) その他(12時頃など) _____ 時ごろがよい

午前中(9時~13時) 午後中(13時~17時)