訪 問 調 査 確 認 票

	コロナ延長歴 □ 無	□ 有 認定日： 年 月 日		
被保険者名	本人来庁	□ 新規 □ 更新 □ 期限切れ □ 区分変更 □ 事業対象者		
	有・無	前歴 □ 認定日： □ 転入日： 年 月 日	介護度	
		有効期間 年 月 日～ 年 月末	保険証回収	□ 要 □ 不要

名前には振り仮名をお願いします

◎ 申請者（窓口に来られた方）＿＿＿＿＿＿＿＿ 被保険者との続柄＿＿＿＿ 担当ケアマネ 無 ・ 有

◎ サービスの希望・要望・申請にいたる経緯など

担当事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿

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 月 日～ ≪ 担当ケースワーカー ≫

退院予定 無 ・ 有 【 退院予定 月 日頃】

□ 施設等【 施設名： 】＿＿＿階 ＿＿＿号室

入所 年 月 日～ 退所予定 無 ・ 有【退所予定 月 日頃】≪担当ケースワーカー ≫

□ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

２．立ち会いの有無 □日時のお知らせのみ ※立ち会いがなく、日時のみ知りたい方はチェックして下さい

無 ・ 有 ふりがな 立会者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 被保険者との続柄 ＿＿＿＿ 立会がない場合連絡しません

３．調査の日程調整の連絡先 お知らせのみを要す方も連絡先・時間帯を記載して下さい。

□ 被保険者本人≪TEL 自宅 ・ 携帯 ≫

□ ケアマネ 立ち合いあり

□ 家族・親戚≪TEL ふりがな 自宅・携帯・勤務先名称＿＿＿＿＿＿＿＿≫

ふりがな 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿（ 同居 ・ 別居 ）続柄＿＿＿＿＿

□ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿ 担当者 ＿＿＿＿＿

４．連絡する時間帯 （土・日・祝を除く、開庁時間内）

□ いつでもよい（９時～１７時） □ 午前中（９時～１３時） □ 午後中（１３時～１７時） □ ＿＿＿＿時ごろがよい