

名前には振り仮名をお願いします ◇にはチェック 有無には○をつけてください

訪問調査確認票

		◇ 新規 ◇ 更新 ◇ 期限切れ ◇ 要介護・要支援区分変更	
被保険者名	前歴	◇ 転入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	介護度 _____
		◇ 認定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		保険証回収	◇ 要 ◇ 不要

ふりがな

◎ 申請者（窓口に来られた方） _____ 続柄 _____

◎ サービスの希望・要望・申請にいたる経緯など

1 訪問先	◇ 自宅	
	◇ 病院【 病院名： _____ 】 _____ 病棟 _____ 号室	
	入院 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	《 担当ケースワーカー _____ 》
	退院・退所予定 無 ・ 有 《 退院・退所予定 _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろ》	
◇ 施設等【 施設名： _____ 】 _____ 階 _____ 号室	入所 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	退所予定 無 ・ 有 《 担当ケースワーカー _____ 》
	◇ その他	

2 立会者	有	ふりがな _____ 立会者名 _____ 被保険者との続柄 _____
	無	⇒ 立ち会いがなければ連絡しません 希望しない ・ 希望する 日時のお知らせのみを _____

連絡のみ希望の方も下記に連絡先を記載してください

3 調査日程の連絡先	◇ 被保険者本人《 Tel _____ 自宅・携帯 _____ 》	ふりがな _____
	◇ 家族・親戚《 Tel _____ 自宅・携帯・勤務先名称 _____ 》	
	ふりがな _____ 氏名 _____ (同居 ・ 別居) 続柄 _____	
	◇ その他	

4 連絡つく時間	◇ いつでもよい	◇ いつでも 9時~17時
	◇ 午前中 又は 午後中	◇ 午前 9時~13時
	◇ _____ 時ごろがよい	◇ 午後 13時~17時