

「新規申請」または「要支援からの区分変更申請」の場合は必ず記入してください。

認定調査連絡票

* 介護保険の認定申請をされますと、市の調査員（または調査実施事業者）が訪問し、日頃の本人の身体状況や家族等の介護状況について聞き取りを行います。円滑に訪問調査及び日程調整を行うため、本票の記入についてご協力をお願いします。

申 請 者	☐ 本人・家族 ☐ 代行事業所（ 担当者 ）		
被保険者 番 号		フリガナ	
		被保険者氏名	
訪 問 先	☐ 自宅 （調査員の駐車スペースの有無 ☐ あり ・ ☐ なし ）		
	☐ 自宅以外	施設・病院名	※可能な限り病室のある病棟・階数まで記入
		所 在 地	
		電話番号	（ ） －
調査日の 連絡調整先	フリガナ		本人との 続柄・関係
	氏 名		
	電話番号	（ ） －	※連絡が可能な曜日や時間帯を記入
	〈備考〉		
調査の際の 同席の有無	☐ なし ☐ あり （ ☐ 連絡調整先と同じ ） （氏名） （続柄・関係）		
調査実施で 都合の悪い 曜日等	（デイサービスなどを利用されている場合、曜日を記入して下さい。）		

※市の調査員による調査は、原則として**平日の午前9時から午後3時**の間に調査場所に伺います。

主 治 医	今回申請することを、主治医に伝えていますか。 → ☐ 伝えている ・ ☐ 伝えていない
希望する (利用中の) 介護サービス	☐ 訪問（介護・看護・リハビリ・入浴） ☐ 通所（介護・リハビリ） ☐ 施設入所 ☐ 福祉用具（貸与・購入） ☐ 住宅改修 ☐ 検討中 ☐ その他（ ）
その他の 連絡事項	被保険者について、以下のことをお聞きます。該当するものに○をしてください。 世 帯 状 況： 独居 ・ 高齢者（夫婦）世帯 ・ 子等その他家族と同居 ・ 施設入所中 歩 行： 自立 ・ 杖等使用 ・ 車いす ・ 寝たきり 排 泄： 自立 ・ 介助が必要 ・ 紙おむつ等使用 困っていること： 身体症状 ・ 認知症状 聞こえの悪さ： なし ・ あり （大きな声で ・ 筆談） がん末期： なし ・ あり （本人告知 なし ・ あり） 入退院予定： なし ・ あり （令和 年 月 日 入院 ・ 退院） 施設名 （ ） その他、事前に認定調査員に伝えておきたい事があれば、記入してください。 ※今回申請に至った理由、認知症・居住環境、調査対象者とコミュニケーションをとるにあたり配慮すべきことなど

【お問い合わせ先】 倉吉市 長寿社会課 介護保険係 ☎0858-22-7851