

逗子市 介護保険認定調査 連絡票 (新規システム、手書き、HP)

申請区分	新規	介護度		有効期間	から	まで
------	----	-----	--	------	----	----

被保険者番号		フリガナ		生年月日		性別	
		氏名					

認定調査場所	住所						
	電話 ☎						
	※認定調査の場所が上記の住所と異なる場合にご記入ください。 施設・病院名(病院の場合には病棟・病室番号)						
	住所 〒						電話 ☎

※認定調査に同席される方の有無をお知らせください。(後日認定調査の日程の連絡をさせていただきます。)

- いない
 いる (調査日程の連絡先 → 同席者 本人)

【同席者連絡先】

フリガナ		続柄	
氏名			
連絡先	(自宅、携帯、勤務先)	※連絡がとれる時間帯	
連絡先	(自宅、携帯、勤務先)	午前・午後	時ごろ

認定調査は、介護保険法の規定に基づき、「逗子市の職員」又は「逗子市が認定調査業務を委託した居宅介護支援事業所等」が行います。

※新規・区分変更申請される理由または、事前に調査員へ伝えたいことがありましたらお書きください。

認定結果及び認定有効期間満了時のお知らせ、介護保険給付に関する書類の送付先

※本人宛(住民票上の住所)以外の送付先を希望される場合は、介護保険被保険者証等送付先変更届をお出しください。

介護保険課使用欄

※定期受診 有・無 ※申請書を窓口へ持ってきた人 本人、家族()、居宅介護支援事業所() 包括(東部、中部、西部)	※サービス利用 有・無 ※送付先確認 有・無 ※調査依頼 可能 不可能 3回目	※施設(特・老・療・その他) ※送付先確認 有・無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">本人確認</td> <td style="width: 50%;">時 分</td> </tr> <tr> <td colspan="2">介・免・住・健・障・後・個・お知らせ その他()</td> </tr> <tr> <td>申請受付者</td> <td>郵</td> </tr> </table>	本人確認	時 分	介・免・住・健・障・後・個・お知らせ その他()		申請受付者	郵
本人確認	時 分								
介・免・住・健・障・後・個・お知らせ その他()									
申請受付者	郵								