

逗子市 介護保険認定調査 連絡票

(更新、区変手書き、HP)

申請区分	区変	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
 氏名 _____ 続柄 _____

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)または既に設定されている送付先へ送付します。
 送付先を変更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	※サービス利用 有・無	※施設(特・老・療・その他)	本人確認	時 分
※申請書を窓口へ持ってきた人	※送付先確認 有・無		介・免・住・健・障・後・個・お知らせ	
本人、家族()、居宅介護支援事業所()			その他()	
包括(東部、中部、西部)	※調査依頼 可能 不可能 3回目		申請受付者	郵