

確認事項

⑧入院・入所中の方は、入院・入所先に相談して記入してください。

訪問調査の実施場所	1 被保険者宅	2 入院・入所先 () 担当者 ()
	ふりがな	
	3 上記以外 氏名	本人との関係
	住所	
訪問調査の事前連絡先	電話 ()	
	(自宅)	
	⑨実施場所と違うところに調査の日程調整の連絡がほしい場合は、こちらに記入してください。	
	※連絡先が実施場所のふりがな	
訪問調査の事前連絡先	氏名	本人との関係
	電話 ()	(自宅・勤務先 ())
調査時同席の有無	1 同席を希望 (同席者:)	2 同席しない
訪問調査希望日	1 特に希望はない	
	2 希望あり (都合の悪い日をご記入ください:)	
	その理由等 ()	
理解力について	1 理解力はある	2 理解力が低下している
認定結果送付先 (原則住民票上の住所に送ります。)	1 被保険者宅 (住民票上の住所)	
	2 上記以外 氏名	本人との関係
	住所	
	被保険者宅 (住民票)	
		⑩認定結果の通知を住民票上の住所以外に送付希望の場合は、送付先とその理由を記入してください。本人・家族以外の申請の場合は、本人か家族に確認、同意を得たうえで記入してください。また、同意を得た方の本人との関係 (本人か家族) も記入してください。
認定申請の理由、疾患名、状態像		
現在のサービス利用状況・今後のサービス希望について	⑪通院中の場合は、前回の受診日と今後の受診日を記入してください。	
受診日について	前回受診した日 ()	次回の受診予定日 ()
備考	(※現在入院されている方については、病院側と相談されているか必ず確認して下さい。)	
⑫申請するまでのいきさつやお体の状態、生活状況、困っていることなどを記入してください。		
※市記入欄 2号被保険者の医療保険資格 確認 (データ・マイナンバーカード情報連携)		
受付者名 ()		