

要返却

葉山町介護保険 認定調査連絡票

介護保険認定調査を円滑に実施させていただくために、下記の項目について、ご記入いただきますようお願い申し上げます。

整理番号

申請日

担当係員

ご本人	現住所	葉山町					
	Tel	- -					
	氏名	フリガナ	男・女	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)	同居家族 有・無	
	現在の状況	☐ 在宅 ☐ 入院中（病院名：棟 号室） ☐ 入所中（施設名：）					
認定調査連絡先	氏名	フリガナ	調査同席	認定調査に同席されますか。 ☐ 同席する ☐ 同席しない（電話報告：要・不要）			
	続柄	ご本人との続柄・関係		住所	ご本人と別居の場合		
	連絡先	自宅 勤務先等 携帯電話	- - -	- - -	勤務先名称：_____		
	調査希望日	※決まってお都合の悪い曜日があれば×印をつけてください。			備考欄		
	月	火	水	木			金
午前							
午後							
関連事項	ご自宅（調査先）付近に調査員用の車を駐車するスペースがありますか。 ☐ ある ☐ ない 認定調査結果送付先 ☐ ご本人宅 ☐ その他（〒 _____ 様）						

※ この連絡票は、要介護認定申請時に申請書とあわせてご提出ください。

※ 認定調査には、お伺いする調査員が必ず事前に電話等で日時等のご連絡をいたします。

※ 認定調査には、町職員の他、町が委託した居宅介護支援事業所の介護支援専門員等がお伺いする場合があります。