

要介護認定訪問調査連絡票(更新申請・区分変更申請)

日程調整および調査の参考資料として、必ず申請書と一緒に提出をお願いいたします。

被保険者番号		ふりがな 氏名																										
申請区分	1. 更新申請 2. 区分変更申請【現在の介護度（ ）有効期間（ ～ ）】																											
前回申請時と状態が変化したところ																												
【かかりつけ医への受診状況】 主治医の意見を伺います。介護保険申請中であることを伝えて受診してください。 最終受診日：令和 年 月 日 / 次回受診予定日：令和 年 月 日頃																												
現在の居所	<input type="checkbox"/> 住民票記載の住所と同じ <input type="checkbox"/> 病院(病院名・病棟：) <input type="checkbox"/> 施設(施設名：) (入院日：) <input type="checkbox"/> その他() (退院予定：)																											
サービスの利用状況	利用のある曜日に○(複数事業所の場合は、その頭文字等)を記入してください。↓																											
サービスの 利用状況	事業所名(サービスの選択)		日	月	火	水	木	金	土																			
	通所サービス (デイサービス ・ リハビリテーション) ()	午前																										
		午後																										
	訪問サービス (介護 ・ 看護 ・ リハビリ ・ 居宅療養管理指導) ()	午前																										
		午後																										
	ショートステイ ()	※毎週利用の場合はこちら→	定期的	毎週																								
※不定期利用の場合に記入してください→		直近利用	月 日～		月 日																							
		次回予定	月 日～		月 日																							
半年以内の住宅改修	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	福祉用具レンタル	<input type="checkbox"/> なし 有りの場合は物品名を記入(品目ではありません) <input type="checkbox"/> あり ()																									
調査日程調整	【調査に立会いできる方】 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 【日程調整】 <small>都合の良し悪しを○×で記入。どちらでもよい場合は空白の</small> <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">火</td> <td style="text-align: center;">水</td> <td style="text-align: center;">木</td> <td style="text-align: center;">金</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						月	火	水	木	金	午前						午後						【立会者連絡先／日程調整連絡先】 氏 名 () 被保険者との関係 () 電話番号 (☎) <small>※日中に繋がりがやすい電話番号をご記入ください。</small> 調査場所 ()				
	月	火	水	木	金																							
午前																												
午後																												
結果通知先	<input type="checkbox"/> 本人住所に通知を送付してください。 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー又は施設が受取ります。(下記受取人欄も要記載) <input type="checkbox"/> 下の宛先に送付してください。 〒 受取人：				備考																							