



認 定 調 査 等 連 絡 票

被保険者	被保険者番号	
	フリガナ	
	氏 名	

訪問先	<input type="checkbox"/> 自 宅	住 所	※住所地と同じ場合は記入不用
	<input type="checkbox"/> 自宅以外	訪問先の名称	
		住 所 電 話 番 号	
※駐車場所 あり ・ なし( )			

訪問日時等の 打ち合わせ先	<input type="checkbox"/> 本 人	連 絡 先 電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 自 宅 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 本人以外	フリガナ	
		氏 名	
		本人との関係	
		連 絡 先 電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 自 宅 ( ) <input type="checkbox"/> 携帯電話 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

日時の希望等	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> 希望あり( )
	サービス利用、通院等の予定等  ( ※配食サービスの利用： あり なし )

居宅介護支援事業所の 担当介護支援専門員、 介護保険施担当者等	事業所名	
	所在地	
	電話番号	
	フリガナ	
	担当者氏名	

※今回の申請に係る認定等の結果通知書、被保険者証、負担割合証について、やむをえない事情により住所地以外への送付を希望される場合は下記に記入してください。(長期に渡り住所地以外への送付を希望される場合は、別途送付先設定の届出をお願いします。)

やむをえない事情	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所(入居) <input type="checkbox"/> 住所地以外に滞在中 <input type="checkbox"/> その他( )
住 所 事業所・建物等の名称	〒
宛名(氏名)	本人との関係
今回の申請に係る認定結果通知書、被保険者証、負担割合証については上記に送付することに同意します。	
本人氏名 _____	
代筆者氏名 _____ (続柄 _____ )	