

認定申請確認票

1 この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

訪問調査先 <small>(住民票と違う場合のみ)</small> どちらかに○をつけて記入	住 所 マンション等の方は 棟名及び部屋番号まで ご記入ください。	電話番号		
	入院、入所先 病院、介護保険施設、 ケアハウス・グループホーム等に入所している場合	※入院中の場合は病室の部屋番号まで記入してください。 (_____ 号室)		
		退院退所予定	有 (____ 月 ____ 日予定)	・ 無
同席希望の有無		有 ・ 無		
同席を希望される方のみ ご記入ください。		ふりがな 氏 名 住 所 連絡先 (平日昼間) TEL (自宅・勤務先) 携 帯 被保険者との関係		
都合の悪い曜日や時間帯 ※デイサービス、ショートステイ利用日、病院受診予定日などの情報をご記入ください。		有 [_____] 無		
備 考 (調査時に留意して欲しいことなどある場合は記入ください。)				

2 主治医受診状況 (主治医がない場合指定医になります)

受診状況 <small>(入院・入所は記入不要)</small>	月に ____ 回 その他 (_____)	最近の受診日	受診予定	
-------------------------------------	----------------------------	--------	------	--

処 理 欄	保険証の提出	調査機関	入力日	依頼日
	有 ・ 無 ・ 紛失届 ・ 2号			