

訪問調査連絡票 (居宅用)

記入日: 年 月 日 受付者【 】

調査対象者		申請区分		新規・更新・区分変更				
提出区分	本人・代行	窓口申請者氏名	家族(続柄)・CM・その他()					
		事業者名						
日程調整の連絡先	連絡の相手	本人・窓口申請者・家族(続柄)						
		氏名						
		電話番号	自宅	携帯				
	※平日9時～16時までの時間帯でご記入ください							
※本人との電話連絡が困難な場合(難聴・認知症等)には必ずご記入ください。								
本人の所在が自宅以外の場合の連絡先	住所							
	電話番号							
調査同席の有無	必要 ・ 不要		※本人一人での対応が困難な場合や新規・区分変更申請の場合は調査の同席をお願いする場合があります。					
	同席者氏名							
	電話番号							
調査日	申請時決定日	月	日	時	※訪問調査日程は、事前に調査員から電話連絡します。			
	都合の悪い日時							
(申請理由及び申請者の状況等)								
在宅サービスの利用状況 (あり : なし)								
サービスの種類	利用曜日				備考			
デイサービス	月	火	水	木	金	土	日	※新規申請の方は希望のサービスに、更新・区分変更の方は、利用中のサービスに○をつけてください。 ※最新の利用表をご提出ください。
デイケア	月	火	水	木	金	土	日	
訪問介護	月	火	水	木	金	土	日	
訪問入浴	月	火	水	木	金	土	日	
訪問看護	月	火	水	木	金	土	日	
訪問リハビリ	月	火	水	木	金	土	日	
訪問診療	月	火	水	木	金	土	日	
その他(透析等)	月	火	水	木	金	土	日	
ショートステイ	(/ ~ /) (月 日)							
小規模多機能	月	火	水	木	金	土	日	
福祉用具					点			
住宅改修	有		無					

※ 裏面も記入項目があります。

※ 確認事項

主治医意見書説明日	月 日
被保険者証	有 ・ 紛失 ・ 調査時回収 ・ その他 ()
受診予定日	月 日
滞 納	有 ・ 無
	特徴 ・ 普通
申請時意見書	有 ・ 無
2号被保険者	医療保険証チェック()
委任状	無 ・ 更新申請 ・ 認定結果通知書 ・ 被保険者証 ・ 負担限度額

※ 更新申請者のみ

認定延期通知書省略説明日	令和 年 月 日
認定延期通知書省略説明相手	続柄 説明者
認定延期通知書省略の承諾	諾 ・ 否

マイナンバーにおける身元かくにん・個人番号・代理権等の確認チェック欄

※ 町処理欄

	申請者	<input type="checkbox"/> 本人⇒Ⅰ・Ⅱへ <input type="checkbox"/> 代理人⇒Ⅲ・Ⅳへ <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送			
Ⅰ	被保険者の確認	個人番号確認書類提出	有・無	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> その他
				<input type="checkbox"/> 個人カード	
		個人番号システム確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し	
Ⅱ	被保険者の身元確認書	※ 1点提示で可 <input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 別チェックシート()			
		※ 2点以上提示が必要なもの <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()			
Ⅲ	代理権の確認	※ 1点提示で可 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 成年後見登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他()			
Ⅳ	代理人の身元確認書	※ 1点提示で可 <input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 別チェックシート()			
		※ 2点以上提示が必要なもの <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 別チェックシート()			