認 定 調 査 連 絡 票

＊適切かつ円滑な認定調査を実施するに当たり、本票の記入に御協力をお願いします。

申 請 者	☐ 本人･家族　　☐ 代行事業所（　　）				
被保険者番号			フリガナ		生年月日
			被保険者氏名		明治 大正 昭和　年　月　日（　歳）
訪問先（調査場所） ※該当するものに☑	☐自宅				
	☐自宅以外	施設･病院名			
		所在地			
		電話番号			
調査員駐車スペース ※該当するものに☑	☐自宅の駐車場　☐入院･入所先の駐車場　☐近隣の（　　） ☐その他（　　）　☐ない				
連絡先 調査日調整のための連絡先 ※複数ある場合は、優先順位を記載	住 所	〒　－			
	（フリガナ）		本人との続柄･関係		
	氏 名				
	優先順位①	電話	（自宅･携帯）	連絡が可能な曜日や時間帯を記入してください。	
	②	電話	（自宅･携帯）		
	＜備考＞				
調査実施で都合の悪い曜日等 ※該当するものに☑	担当調査員の調整及び認定調査日の日程調整を円滑に行うため、都合の悪い曜日、時間帯をチェックしてください。※訪問調査は、原則平日の日中に行いますのでご了承ください。 月曜日　☐午前☐午後　　火曜日　☐午前☐午後　　水曜日　☐午前☐午後 木曜日　☐午前☐午後　　金曜日　☐午前☐午後				
調査の際同席の有無 ※該当するものに☑	☐無 ☐有　　（氏名）　　（続柄･関係）				

その他連絡事項 ※該当するものに☑	その他、事前に認定調査員に伝えておきたい事があれば、記入してください。 ※調査時に気を付けてほしいこと、調査対象者とコミュニケーションをとるにあたり配慮すべきこと など ☐本人は介護認定の調査を承知している ☐介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい ☐本人の前では伝えづらいことがあるので、別室で聞き取りをしてほしい