

七戸町長 様

申請年月日：令和 年 月 日

[illegible]

提出代行者	名 称	該当に○（家族 続柄（ ））・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

第二号被保険者（40 歳から 64 歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、七戸町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名（代筆可）

介護保険認定調査場所・立会人・連絡先記入票

利用者の氏名

介護保険要介護認定のため、ご自宅または施設・入院先へ調査に伺います。日常生活や介護状況をお聞きしますので、正確な調査のため、ご家族の立会いをお願いいたします。調査日は事前に必ずご連絡申し上げますので、確実に連絡の取れる電話番号をご記入ください。

● 調査場所

↓↓ 該当する番号に○をしてください

1. 申請書の住所と同じ（駐車場所：あり・なし）
2. 申請書の住所以外の家【住所：_____ 世帯主名：_____】
3. 病院入院中の方【病院名：_____ 連絡先：_____】
（病棟・病室：_____）
（退院予定日：_____ / _____ ・ 未定）
4. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホーム等の施設入所中の方
【施設名：_____】

⇒ 立ち合いをされる方は、お名前・利用者との関係・連絡先をご記入ください。

◇氏名：_____（利用者との関係：_____）
連絡先電話番号：_____

● 調査に立ち会うご家族等（在宅調査のみ）

【氏名：_____】（続柄：_____）

⇒ 同居・別居（住所：_____）

● 日中でも確実に連絡のとれる連絡先

- ・ 自宅等（TEL：_____ 氏名_____）
- ・ 携帯電話（TEL：_____ 氏名_____）
- ・ 勤務先（TEL：_____ 会社名_____）

➤ メモ欄（病歴・介護が必要となった背景・入退院（所）・情報等）

※家族状況 ☐ 独居 ☐ 同居（夫婦のみ） ☐ 同居（誰と：_____） ※施設入所、入院中の方は

在宅の場合に家族と同居することとなるか否かの観点で選択