

## 要介護・要支援（新規・更新・変更）認定調査連絡票

被保険者番号

被保険者氏名

【調査先】（該当するものに○をつけてください）

- ・被保険者自宅
- ・申請書記載の介護保険施設、医療機関等（分かれは病棟、病室も）（\_\_\_\_\_）
- ・その他（住所、連絡先等をご記入ください）  
（住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_）

【日程調整者】（該当するものに○をつけてください）

- ・被保険者本人
- ・申請者
- ・提出代行者
- ・その他（氏名及び被保険者との関係をご記入ください。）  
（氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_）

【連絡可能時間帯】（平日の8時半から17時までの時間帯でご記入ください。）

- ・いつでもよい
  - ・（月 火 水 木 金）曜日 / 午前・午後 \_\_\_\_\_ 時から午前・午後 \_\_\_\_\_ 時
- ※配慮すべき点があればご記入ください（長めの呼出し希望など）  
（\_\_\_\_\_）

【調査当日の同席者について】（該当するものに○をつけてください）

- ・あり
  - ・日程調整者
  - ・その他（氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_）
- ・なし

【認定調査員の駐車場所】

- ・あり
- ・なし（駐車可能場所：\_\_\_\_\_）

【サービスの利用状況】

（例：デイサービス（火曜）、訪問介護（月曜9時～10時）

※ 調査時に配慮すべきことがあればご記入ください。

（例：「認知症状は別に聞き取り希望」など、調査時の聞き取りについて等）