

介護保険 申請連絡票		被保険者名	
1	訪問調査の日程調整連絡先 ※平日の日中連絡可能な電話番号をご記入ください		
・日程調整者（先） 氏名（施設名）： （関係 ） 電話番号： ・上記以外の立会い者（連絡：□要 □不要） 氏名： （関係 ） 電話番号： 備考：（ ）			
3	訪問調査場所 ※調査を受ける方の日頃の様子分かる場所をお願いします		
☐ 自宅 ☐ 施設 施設名： ☐ その他 具体的な住所・場所名： ☐ 入院中 病院名： （ 階 号室 ） 入院日： 病名： 退院予定日：			
4	訪問調査の希望日時 ※調査は月曜日～金曜日の9時～16時で約1時間程度です		
都合の悪い曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 備考：（ ）			
5	介護保険サービス利用について		
更新の方 ☐ 現在利用中 ※担当ケアマネジャーを教えてください （ケアマネジャー事業所名： 氏名： ） ☐ 利用していない			
新規の方 ☐ 認定が出てからでよい ☐ すぐに使いたい ☐ 相談したい			
6	申請理由		
☐ 更新の期限がきた ☐ 病院で勧められた（内容： ） ☐ デイサービス/訪問介護（ホームヘルプサービス）を利用したい ☐ 住宅改修・福祉用具購入をしたい ☐ 介護サービス（訪問/通所リハビリ、ショートステイ、訪問看護など）を利用したい ☐ その他 ※以下に主な理由（体調不良など）をご記入ください （ ）			
7	留意事項 ※訪問調査時、特別に配慮すべきことや伝達事項等があれば具体的にご記入ください		