

介護保険認定調査場所・連絡先記入票

被保険者氏名 _____

連絡先

連絡先氏名 _____ (続柄: _____)

電話番号 _____

※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。

認定調査時に立会 (有・無) 氏名 _____

連絡先氏名と同じ

調査場所

住所と同じ 駐車場 (有・無)

住所以外の場所 名称 _____

住所 _____

電話番号 _____

その他

デイサービス等を利用しており、調査に都合の悪い曜日・日時がありましたら、ご記入ください。

主治医受診状況

直近で主治医を受診した日 (_____ 月 _____ 日)

次回受診予定日 (_____ 月 _____ 日)

認定結果通知等の送付先 ※未記入の場合は、現住所へ送付します。

今回の認定結果通知書等について、提出代行者へ送付することを同意します。

氏 名 _____ (続柄: _____)