**認定訪問調査についての連絡票**

**認定訪問調査のため、下記にご記入のうえ、申請書とともに提出してください。**

**なお、この連絡票は、今回調査を行う調査員へ渡しますのでご了承願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| **被保険者氏名** |  |
| **提出者** | **□ご本人　　　　□　ご本人以外(氏名：　　　　　　　　　　　続柄：　　　)**介護保険施設・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターによる代行の場合、記載不要 |
| **調査日の****調整連絡先** | **□ ご本人** | **□ 自宅 ：　　　　　　 　　□ 携帯 ：** |
| * **ご本人**

**以外** | **ふりがな****氏　　名** |  | **続柄** |
|  |
| **電話番号** | ※平日の日中に連絡可能な番号をご記入ください同じ人であればこちらにチェックしてください**□　自宅 ： （　　 ）　　　 －** **□　携帯 ：** **□　勤務先 ： （　　　）　　　 －** **勤務先名 （　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **調査訪問先** | **□　自宅 （申請書と同じ）　⇒　記入の必要ありません。** |
| **□その他** | **病院・施設名****自宅以外** | ※可能な限り病棟・病室まで記入してください |
| **住　　所** |  |
| **電話番号** | **（　　　　）　　　　－** |
| **1ヵ月以内の退所・退院見込** | **なし　・　あり　(　　　月　　　日頃)** |
| **同席の有無** | **□　同席できない→　本人以外からの聞き取り(　不要　・　要　)**聞き取りが必要な場合は、備考欄に詳細をご記入ください☝ |
| **□同席する** | **□　調査日の調整連絡先と同じ人が同席する** |
| * **その他**
 | **氏名** |  | **続柄** |  |
| **備考欄** | **連絡日時や調査日時のご希望、その他調査員に特に伝えたいこと等がありましたら ご記入ください。** |
| **新規申請の方については、申請理由を簡単で結構ですのでご記入ください。** |

長岡京市役所高齢介護課介護保険係　電話：０７５‐９５５‐２０５９　ＦＡＸ：０７５‐９５１‐５４１０