**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