

立 会 い	<input type="checkbox"/> 有	フリガナ	連絡先（自宅）	連絡先（携帯）
	<input type="checkbox"/> 無	氏名 (本人との関係:)		

※必ず連絡がつく電話番号を記入してください

日程調整連絡先	氏名:	連絡先
---------	-----	-----

調査 希望日	希望曜日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
	希望日付: _____ 希望時間: _____
	※調査困難な日程等()
	調査場所: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
	駐車場の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 駐車場所()
世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 昼間一人 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()

備 考 ・ 特 記 事 項	現時点で該当するもの	<input type="checkbox"/> 難聴がある <input type="checkbox"/> 言語障害がある <input type="checkbox"/> 手話通訳がいる <input type="checkbox"/> 重度の視覚障害がある <input type="checkbox"/> 認知症がある						
		感染症の治療中である場合、その疾患名()						
		現在入院中の場合、入院の理由 ()						
		現在利用中のサービス（代行事業者申請の場合記入）						
			月	火	水	木	金	その他
		午前						
	午後							
	※ 下記を参考に記載 通所介護・通所リハ等通所系→「通」 訪問介護・訪問リハ・訪問看護等訪問系→「訪」 ショートステイ等短期系→「短」 入所・入居中→「入」 居宅療養管理指導系→「指」							
	訪問調査時に本人の前で配慮すべきこと・その他気になること							

認定結果通知などの認定関係書類送付先	住所	〒
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外	(自宅以外の場合記入)	(様方・気付) 本人との関係()

介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントを作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を大川市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。また、包括的支援のため担当地域の地域包括支援センターに認定結果・認定調査内容・主治医意見書を提供すること及び個人番号と医療保険情報を除いた介護保険認定申請書の記載情報を提供することに同意します。

(更新申請・介護申請・変更申請の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	本人氏名
私は、申請から30日以内に認定がなされない時は、現在の認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。※右欄の該当する方の□に✓をつけて下さい。		代筆者氏名