|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問調査について | 立会希望 | □　する　　□　しない |
| 調査立会者 | □ 窓口に来た人　 □ その他の方（下記に記入してください）  □ 未定(連絡時に調整）  氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者との関係　　　　　　　　　　）  電話：　　　　　 -　　　　-　　　　　　 （日中に連絡がつくものでお願いします） |
| 調査日の都合等 | (サービス利用日，通院日等で都合が悪い曜日や立会者の都合等があれば記入してください） | |

|  |  |
| --- | --- |
| その他特記  すべき事項 | (最近の入所･入院状況，疾病･認知症の状況等，サービス利用状況等留意すべき事項があれば  記入してください） |

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先変更 | (□ 介護保険関係全て　□ 認定結果のみ） ※記載がない場合は，住民登録地の本人あてに送付します  □ 窓口に来た人　　□ その他(下記に記入のとおり）　□ 寄留先(本人あて）  〒　　　　 －  電話番号　　　　　-　　　　- |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **同　意　欄** | ① 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは，要介護認定・要支援に  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土佐清水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若しく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。  ② 公的機関が，介護予防･生活支援等の事業を実施するために必要があるときは，関係機関の職員に介護認定  及び受給者情報等必要な情報を提供すること。  ③ 更新申請において，認定有効期限内に更新申請認定結果がでる場合は，延期通知書を送付しないこと。  私は上記①②③に同意いたします。 | |
| **被保険者**  **氏　名：** | **代筆者：**  **(続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　)** |

※市役所処理欄　　　　（受付番号：　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | 本庁□　支所□　郵便□ | 入力 |  | 調査員 |  | 受理年月日 |
| 被保険者証 | □回収　□押印　□未収 | 意見書依頼 | □ 在宅・新規 | 調査日時  ： | |
| □調査時回収 □再交付申請書 | □ 在宅・継続 |
| 資格者証交付 | □済　□未 | □ 施設・新規 |
| □窓口　□調査時 | □ 施設・継続 |