

認定調査日程調整票

被保険者氏名												
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 住民票の住所 (磯城郡川西町大字) <input type="checkbox"/> 住民票以外の住所地 () <input type="checkbox"/> 入院・入所中 施設名・場所 ()											
調査への同席者の有無	<input type="checkbox"/> 同席する 氏名 本人との関係 <input type="checkbox"/> 家族等 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 同席しない											
日程調整の相手	氏名	(続柄)										
	電話番号	()	-	<	>							
※平日の8:30～17:15で連絡が取れる電話番号・時間等をご記入ください。												
介護サービス利用状況等	① 訪問介護 ② 訪問看護 ③ 通所介護 ④ 通所リハビリ ⑤ 短期入所サービス ⑥ その他 ()	月	火	水	木	金	土	日	病院受診等 都合が悪い日			
調査時に配慮すべき点	※病気や心身の状態、認知能力の状況、家族状況、玄関まで出ることができない、ペットがいる場合など調査時に配慮すべき点をご記入ください。											
申請に至った経緯	※申請の理由や日常生活での困りごとなどをご記入ください。詳しい状況については調査時にお伺いします。											
記入者氏名				本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族等 (続柄:) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所・介護保険施設等							
申請区分	新規	更新	区分変更	前回の認定等	事業対象	要支援		要介護				
						1	2	1	2	3	4	5
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日											

【町記入欄】

調査実施予定日	令和 年 月 日 分 (午前 午後) 時 分	申請日	令和 年 月 日
被保険者証回収	有 ・ 無 ・ 不可 (紛失等)	資格者証交付	申請時 ・ 調査時

川西町 介護保険 認定調査実施確認票 (被保険者控)

被保険者氏名	申請日	令和 年 月 日
調査実施予定日	令和 年 月 日 (午前 午後) 時 分頃	
※上記調査実施予定日について、ご都合が合わなくなった場合やご本人の状況や調査実施場所に変更が生じた場合等は、事前に下記までご連絡ください。		
川西町長寿介護課 TEL: 0745-44-2635 / FAX 0745-44-4780		