

この連絡票は、介護保険の申請書と一緒に市役所介護保険課へご提出下さい。

**要介護認定調査(訪問調査)の実施に係る連絡票**

介護保険の申請をされますと、市の調査員が訪問し、日頃の本人の身体状況や家族等の介護状況について聞き取りを行います。

本人または家族の同意の上で、対象部位を軽く持ち、動作確認などを行うことがありますので、できるだけ日頃の状況をよく知っておられる介護者等の立会いをお願いしています。

円滑に訪問調査及び日程調整を行うため、ご理解ご協力をお願いします。

調査対象者	フリガナ		訪問調査場所	(入院中の場合 階 室)	
調査への立会いの有無	<input type="checkbox"/> 立会します	<input type="checkbox"/> 立会しない	※都合によりどうしても立会できない場合は、ご家族の承諾があったものとみなし、本人からのみ聞き取りします。		
	立会者氏名	フリガナ	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 同居家族(続柄)	<input type="checkbox"/> その他( )
日程調整の連絡先	調整者氏名	フリガナ	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 同居家族(続柄)	<input type="checkbox"/> その他( )
	電話番号	自宅 携帯	— — — —	9:00~17:00の間で連絡が取りやすい時間帯	時頃
	調査で都合の悪い日、時間帯	(デイサービスなどを利用されている場合、曜日を記入して下さい。)			
希望する介護サービス	訪問介護・通所介護・施設入所・福祉用具(貸与・購入)住宅改修・検討中 その他( )				
その他調査時に留意すべき事項	聞こえの悪さ： なし・あり(大きな声で・筆談) 歩行： 自立・杖等使用・車いす 排泄： 自立・紙おむつ等使用 世帯状況： 独居・高齢者(夫婦)世帯・子等その他家族と同居 認知症状： なし・あり がん末期： なし・あり(本人告知： なし・あり) 入退院予定： なし・あり(令和 年 月 日 入院・退院) 施設名( ) (現在の様子、既往歴、認知症状など具体的に記入してください)				
				窓口受付	

■ 居宅支援事業者等により「代行申請」される場合にも添付して下さい。

■ 問合せ先 中津川市役所 市民福祉部 介護保険課 ☎ 0573-66-1111