**連絡票**

**※　訪問調査に関する必要事項を記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **訪問調査について****○で囲んでください** | **日程調整における連絡先** |
| **＊本人（TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　）****＊家族（氏名：　　　　　　　　　　　　　）（続柄：　　　　）（TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　）****＊その他（氏名：　　　　　　　　　　　　）（続柄：　　　　）（TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **立ち会い者の氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）****日頃の状況をより詳細にお伝え頂くために、日頃の状態をよく知る方の立ち会いをお願いします。※ケアマネジャー・施設職員可** |
| **調査希望場所** |
| **自宅　　・　　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **曜日：　　　月曜　　　火曜　　　水曜　　　木曜　　　金曜　　　特にない****時間：　　　午前　　　午後　　　特にない** |
| **結果通知の送付先****○で囲んでください****その他の場合は住所を記入して下さい。** | **自宅（送付先登録があれば登録先）　　・　　入所施設　　・　　その他** |
| **〒　　　　　　　―** |
|  |
| **様方** |
| **備考****※変更申請の場合は変更理由記入** |  |

**上記の情報を、要支援・要介護認定調査を行うために、淡路市が委託する認定調査事業所へ提供することに同意します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **フリガナ** |  |
| **被保険者氏名** |  |  |
| **代筆者氏名** | **（続柄）** |  |

**※本人の病状等により調査をできる見込みがなく、申請日から30日を経過した場合は、再度のお手続きをいただく場合があります。**

**[事務処理欄]**

|  |  |
| --- | --- |
| **主治医意見書** | **渡し済　・　未** |
| **被保険者証** | **回収済　・　未** |