

記入例(裏面)

認定調査に係る連絡事項

1. 申請理由(複数回答可)

- ☐ 介護又は支援が必要なため ☒ 更新のため ☐ 病院からの勧め ☐ 住宅改修費
☐ 状態変化により介護度の変更を希望するため ☐ その他 (

・生活機能低下の原因となっている傷病名があればご記入ください(**高血圧症**

今回申請を行った経緯をご記入ください。

(例 体力低下が見られるようになり、デイサービスに通いたい 等)

申請理由で該当するものを選択してください。

介護を必要とする主な要因となる傷病名をご記入ください。
※不明の場合は空欄で結構です。

認定調査の実施時に対応を希望することがあればご記入ください。

2. 調査時の立会者

※実態に即した調査を行うため、調査にご同席いただき普段の状況や介護の手に

- ☒ 家族等が立ち会う【本人と 同居 **別居** (☐ × ☒ 区 **市**・町・村)】

※ご入院中の場合は看護師への聞き取りが中心となります

- ☐ ケアマネ、入院・入所先の職員が立ち会う
☐ 立ち会い者なし

調査日時の調整連絡先 氏名: **府中 けやき** (本

電話番号 **080** (**●●●●**) **××××**

※連絡先は平日の日に連絡が取れる番号をご記入

市への連絡事項 **不在時は留守番電話に伝言あれば折り返しま**

認定調査の実施時の立ち会い者について選択し、必要事項を記入してください。
なお、ご本人様が入院・入所中の場合、普段の介護の状況は施設職員の方等から聞き取ります。
※ご本人様が入院・入所中でご家族様が立ち会いを希望する場合は事前に入院・入所先にご相談ください。

3. 調査希望日 ※ 調査は平日の9:00~16:00の間に開始し、1時間ほどお時間をいただきます

調査を行うにあたり都合の悪い曜日と時間帯に×をご記入ください

	月	火	水	木	金	備 考
午 前					×	○月○日午前は通院予定
午 後			×			

※ 申請から1か月以内にショートステイの利用等不在がある場合はその期間をご記入ください

不在期間 **○** 月 **×** 日 ~ **○** 月 **△** 日

理由: ☒ ショートステイの利用 ☐ 入院 ☐ その他 ()

認定調査を実施するにあたり都合の悪い曜日や時間帯、不在にする期間等がございましたらご記入ください。

【府中市記入欄】

この欄には記入しないでください。

受付

☐ 被保証押印 窓・郵・OL

問合せ先

府中市福祉保健部介護保険課 介護認定係

電話:042-335-4309(直通)