

「新規申請」又は「要支援からの区分変更申請」の場合は必ず記入してください。

別紙3

認定調査連絡票

* 認定調査の実施に当たり、認定調査実施機関へ要介護認定等申請を行った方の「被保険者番号」「被保険者氏名」「訪問先」「調査日の連絡調整先」等を情報提供する必要がありますので、本票の記入について御協力をお願いします。

* 申請日時点の情報を記入してください。

申請者	<input type="checkbox"/> 本人・家族		<input type="checkbox"/> 代行業所()	
被保険者番号	フリガナ			生年月日
	被保険者氏名			明治 大正 昭和 西暦 年 月 日 (歳)
現に受けている認定		<input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 無		
訪問先 <small>※該当するものに☑</small>	<input type="checkbox"/> 自宅	※住民票と同じ場合は記入不要		
	<input type="checkbox"/> 自宅以外	施設・病院名	※可能な限り 病棟・病室まで記入	
		所在地		
		電話番号	() -	
調査日の連絡調整先 <small>※複数ある場合は、優先順位を記載してください。</small>	(フリガナ)		本人との続柄・関係	連絡が可能な曜日や時間帯を記入してください。 【勤務先等名称:]
	氏名			
	優先順位	自宅	() -	
		携帯電話	() -	
		勤務先等	() -	
<備考>				
調査実施で都合の悪い曜日等 <small>※該当するものに☑</small>	調査実施日については、担当する認定調査員から日程調整の連絡をさせていただきます。 担当調査員の調整及び認定調査日の日程調整を円滑に行うため、 都合の悪い曜日、時間帯をチェックしてください。 月 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 火 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 水 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 木 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 金 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 土 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ()			
調査の際同席の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (氏名) (続柄・関係)			

その他連絡事項	被保険者について、参考に以下のことについてお聞きます。※該当するものに☑ ・入院または通院していますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(病名及び病状:) ・物忘れすることはありませんか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的には:) ・日常生活で困っていることは？ ()
	・意思を調査員に伝えるために手話通訳事業の利用を希望されますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい その他、事前に認定調査員に伝えておきたい事があれば、記入してください。※今回申請に至った理由、認知症・居住環境、利用したい介護サービス、調査対象者とコミュニケーションをとるにあたり配慮すべきことなど ()

※記入者が申請者と異なる場合のみ記載してください。	フリガナ	本人との続柄・関係
	連絡票記入者氏名	

「新規申請」又は「要支援からの区分変更申請」の場合は必ず記入してください。

認定調査連絡票

* 認定調査の実施に当たり、認定調査実施機関へ要介護認定等申請を行った方の「被保険者番号」「被保険者氏名」「訪問先」「調査日の連絡調整先」等を情報提供する必要がありますので、本票の記入について御協力をお願いします。

* 申請 **1** の情報を記入してください。

申請者	<input type="checkbox"/> 本人・家族 <input checked="" type="checkbox"/> 代行業者所 (京都ケアプランセンター)	
被保険者番号	10000-00010	フリガナ キョウト タロウ 被保険者氏名 京都 太郎 明治 11 年 1 月 自 日 西暦 (84 歳)
現在受けている認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 無	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 ※住民票と同じ場合は記入不要 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 施設・病院名 烏丸総合病院 3F病棟 所在地 京都市中京区御池下る西三方坂川町〇〇春 電話番号 075 012 3456	
調査日の連絡調整先	(フリガナ) キョウト ジョウ 氏名 京都 次郎 本人との続柄・関係 長男 優先順位 2 自宅 (075) 111 - 0000 連絡が可能な曜日や時間帯を記入してください。 1 携帯電話 (090) 1111 - 0000 9:00~17:00 勤務先等 () - 【勤務先等名称: 】 <備考>	
調査実施で都合の悪い曜日等	調査実施日については、担当する認定調査員から日程調整の連絡をさせていただきます。 担当調査員の調整及び認定調査日の日程調整を円滑に行うため、 都合の悪い曜日、時間帯をチェックしてください。 月 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 火 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 水 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 木 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 金 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 土 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後	
調査の際同席の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名) 京都 次郎 (続柄・関係) 長男	
その他連絡事項	被保険者について、参考に以下のことについてお聞きします。 ※該当するものに☑ ・入院または通院していますか? <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (病名及び病状: がん) ・物忘れすることはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (具体的には: 認知症があり、時々食事をしたことを覚えていない) ・日常生活で困っていることは? 一人でお出し、戻れないことがある ・意思を調査員に伝えるために手話通訳事業の利用を希望されますか? <input checked="" type="checkbox"/> いえ <input type="checkbox"/> はい その他、事前に認定調査員に伝えておきたい事があれば、記入してください。 ※今回申請に至った理由、認知症・居住環境、利用したい介護サービス、調査対象者とコミュニケーションをとるにあたり配慮すべきことなど 病名は本人には伝えていません。 病気になることは本人のいないところで長男に関き取りをして下さい。退院後に施設入所を検討中。	
※記入者が申請者と異なる場合のみ記載してください。	フリガナ	フリガナ キョウト ジョウ 連絡票記入者氏名 京都 次郎 本人との続柄・関係 長男

認定調査連絡票について

認定調査連絡票は、新規申請・区分変更申請・京都市外での認定調査を希望する際は、必ずご記入ください(更新申請で京都市内での認定調査を希望する場合は記入は不要です)。なお、ご記入いただいた内容は認定調査実施機関へ情報提供いたします。

①申請欄

該当するチェックボックスにシ点を記入してください。申請者が代行業者所の場合は、事業者名も記入してください。

②被保険者情報記入欄

介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号、被保険者氏名、生年月日をご記入ください。年齢は申請日時時点の年齢をご記入ください。

③現在受けている認定欄

更新申請や区分変更申請など、前回の要介護認定結果がある場合にご記入ください。(介護保険被保険者証を確認してください)

④訪問先欄

認定調査を実施する場所を記入してください。自宅での調査の場合は自宅のチェックボックスにシ点を記入してください。施設や病院で調査の場合は病棟や病室まで可能な限り詳細に記入してください。

⑤調査日の連絡調整先欄

調査日の日程調整する際の連絡先、連絡が可能な曜日連や時間帯を記入してください。連絡先が複数ある場合は優先順位を記入してください。

⑥調査実施で都合の悪い曜日等欄

担当調査員の調整や認定調査日の日程調整を円滑に行うため、調査実施で**都合の悪い曜日、時間帯**のチェックボックスにシ点を記入してください。特に都合の悪い曜日、時間がなければ空欄にしてください。

⑦調査の際同席の有無欄

認定調査の際、家族や施設職員等の同席の有無を記入してください。同席がある場合は、有のチェックボックスにシ点を記入し、同席者の氏名と被保険者との続柄や関係を記入してください。

⑧その他連絡事項欄

被保険者について該当するものにシ点を記入してください。また今回申請に至った理由、居住環境や利用したい介護サービス、事前に認定調査員に伝えておきたい事や調査対象者とコミュニケーションをとることにあたり配慮すべきことなどがあれば記入してください。

⑨申請書記入欄

認定調査連絡票の記載者が申請者と異なる場合は、認定調査連絡票の記載者の氏名と本人との続柄・関係をお記入してください。なお、申請者が連絡票を記載した場合は空欄で結構です。