

1. 申請に至った経緯・理由 (※新規申請の場合は必須、2週間以内に入院していた方は、入院理由・経緯もご記入下さい。)

2. 調査日時について、ご都合の悪い日時、曜日を記入してください。

不在曜日・時間

(曜日 : ~ :) (曜日 : ~ :)

(曜日 : ~ :) (曜日 : ~ :)

3. 調査員に事前に知らせておきたいことがあれば、記入してください。

聴力がかなり低下している その他：

認知症のような症状がある

がん末期のため、至急調査してほしい

(概ね余命が6月間程度)

4. どのようなサービスを利用中または利用する予定ですか。

介護(居宅)サービス ()

施設サービス ()

福祉用具・住宅改修など ()

未定または利用していない

5. ご自宅は、ご本人を含めて、何人暮らしですか。

()人

6. 訪問先に調査員の駐車場はありますか。

ある→ 敷地内・敷地外 ()

ない

その他 道幅狭小

来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 使者				
役場記載欄	個人番号確認	本人確認書類 (顔写真の無い場合は2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 医療被保険者証 ()	<input type="checkbox"/> 委任状 (任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 介護保険支援専門員	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 住基で確認	証 ()	()	()、
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()		