認 定 調 査 連 絡 票

宮津市介護認定係

被保険者氏名：

1　家族等連絡先

住所：〒 電話番号：
氏名：　　（続柄　　）

2　訪問調査について

調査員がご本人様とお会いして、お身体の状態や生活の状態を調査させていただきます。
実態に合った調査をするために、できるだけご家族様の立合いをお願いします。

立合い希望の有無	☐ 有　☐ 無　（どちらかにチェックをしてください）		
調査にお伺いする場所 ※いずれかに○をしてください	本人宅	病院・施設 （名称）	その他（家族宅等） （住所）
立合いをされる方	フリガナ 氏　名　　（続柄　　）		
日程調整の連絡先 ※立合いをされない場合も必ず記入してください	※平日の昼間、連絡のつきやすい番号、時間を記入してください。 フリガナ 氏　名　　（続柄　　） 電話番号：　　AM・PM　：　～　：		
都合の悪い曜日・時間等			

※申請後、入院・入所等で状況が変わられた場合は、宮津市介護認定係までご連絡ください。

3　現在受けている介護保険サービスについて

利用しているサービス	利用状況
☐　訪問介護（ヘルパー）	曜日　AM・PM　：　～　： 曜日　AM・PM　：　～　：
☐　訪問看護	曜日　AM・PM　：　～　：
☐　訪問リハビリテーション	曜日　AM・PM　：　～　：
☐　デイサービス	曜日　（事業所名：　　）
☐　ショートステイ（今後の予定）	／　～　／　（施設名：　　） ／　～　／　（施設名：　　）
☐　その他（福祉用具のレンタル等）	

※ 宮津市確認欄　【 担当：　　】

令和　　年　　月　　日　【受付】　窓口（本人・代理人（個・免 ・ 健・他(　　)）・郵・連		
マイナンバー確認方法	本人（実存）確認方法	
・個人番号カード ・通知カード ・個人番号付き住民票 ・確認なし（理由：　　）	1種類	個人番号カード　運転免許証　パスポート　障害者手帳 その他（　　）
	2種類	介護保険証　健康保険証　福祉医療証　年金手帳 その他（　　）

申請区分確認	新規（支援からの変更含む）　・　更新　・　区分変更

新規の方の包括への連絡		本人・家族の希望	