

# 現況確認票

被保険者	申請種別	新規・更新・変更	
	フリガナ		
	氏名	被保険者証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収(再交付申請済) 男・女 歳	
	在宅	住所地・住所地以外 ( )	
施設	( ) 病院施設 年 月 日～ ( )階 ( )号室		
調査に関する連絡先 (日中連絡が取れる電話番号)	TEL	① ( ) 氏名: 本人との関係: ② ( ) 連絡の取れる時間帯:	
調査立会希望	有	氏名: 本人との関係: 住所: 同居 町内 町外( )	無
被保険者の状況	会話	ア、可 イ、不可 ( 難聴 失語 筆談 )	
	歩行	ア、可 イ、不可 ( 歩行器 杖 車椅子 )	
	認知	ア、なし イ、軽度 ウ、中度 エ、重度 ( )	
提出代行者(担当ケアマネジャー)	事業者名	氏名	
調査を希望する曜日、時間	( 月 火 水 木 金 ) 午前 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可		
調査時に注意してほしいこと サービス利用希望・状況等			

受付者

-----  
切り取り線

# 現況確認票

被保険者	申請種別	新規・更新・変更	
	フリガナ		
	氏名	被保険者証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収(再交付申請済) 男・女 歳	
	在宅	住所地・住所地以外 ( )	
施設	( ) 病院施設 年 月 日～ ( )階 ( )号室		
調査に関する連絡先 (日中連絡が取れる電話番号)	TEL	① ( ) 氏名: 本人との関係: ② ( ) 連絡の取れる時間帯:	
調査立会希望	有	氏名: 本人との関係: 住所: 同居 町内 町外( )	無
被保険者の状況	会話	ア、可 イ、不可 ( 難聴 失語 筆談 )	
	歩行	ア、可 イ、不可 ( 歩行器 杖 車椅子 )	
	認知	ア、なし イ、軽度 ウ、中度 エ、重度 ( )	
提出代行者(担当ケアマネジャー)	事業者名	氏名	
調査を希望する曜日、時間	( 月 火 水 木 金 ) 午前 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可		
調査時に注意してほしいこと サービス利用希望・状況等			

受付者