

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