

訪問調査連絡票

被保険者氏名 _____

この連絡票をもとに調査員が連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

<p>■ 日程調査の連絡先</p>	<p>氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄 (_____)</p> <p>連絡先Tel — —</p> <p>携帯電話 — —</p>
<p>■ 訪問調査の場所</p> <p>自宅・入院入所先・その他</p> <p>(いずれかに ○印)</p>	<p style="text-align: center;">(申請書の住所と同一の場合は記入不要)</p> <p>住所 _____ (_____ 様方)</p> <hr/> <p>入院入所先 _____</p> <p style="text-align: right;">(部屋番号 _____)</p>
<p>■ 同席者</p> <p>(当日立会を希望する方)</p>	<p style="text-align: center;">(いずれかに○印)</p> <p>① 家族 ② ケアマネージャー ③ 施設担当者 ④ その他</p> <p>氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄 (_____)</p>
<p>■ 担当ケアマネージャー</p> <p>(新規申請の方は記入不要)</p>	
<p>■ 備考</p> <p>現在利用しているサービス 今後利用したいサービス 調査時に留意してほしいこと などがあれば記入ください。</p>	<p>※福祉有償運送サービス利用… 有 ・ 無</p> <p>事業所名 (_____)</p>