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。

|  |  |
| --- | --- |
| ■日程調査の連絡先 | 氏名  被保険者との続柄（　　　）  連絡先℡　　　　　－　　　　－  携帯電話　　　　　－　　　　－ |
| ■訪問調査の場所  自宅・入院入所先・その他  （いずれかに　○印） | （申請書の住所と同一の場合は記入不要）  住所  （　　　　　　　様方） |
| 入院入所先  （部屋番号　　　　　） |
| ■同席者  （当日立会を希望する方） | （いずれかに○印）   1. 家族　②ケアマネージャー　③施設担当者　④その他   氏名  　　　　　　被保険者との続柄（　　　） |
| ■担当ケアマネージャー  （新規申請の方は記入不要） |  |
| ■備考  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。 | ※福祉有償運送サービス利用…　有　・　無  　　事業所名（　　　　　　　　　　　　　） |