

<介護保険認定調査員用連絡票>

被保険者氏名 介護 太郎

更新・変更・介護

この連絡票は介護保険認定調査を円滑に進め、より早い認定を目指すものです。ご協力をお願いします。

1. 現在利用中または利用予定のサービスなどについて記入してください。

(更新・変更・介護申請の在宅サービス利用中の方が対象。現在介護保険サービスを利用していないが、今後サービス利用希望の方も記入してください。)

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 | 〔 | 週1回デイサービス (水)、○月○日から×月×日までショートステイ、 | 〕 |
| | | 週1回訪問介護 (月・金の○時～○時まで)、歩行器レンタル | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 障がい | 〔 | 週1回デイサービス (木) | 〕 |
| | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 医療保険 | 〔 | 週3回透析 (火・木・土)、週1回訪問看護 (日) | 〕 |
| | | | |

※介護保険か医療保険 (または障がいサービス) のどちらのサービスを利用中か不明な場合は、介護保険・医療保険 (または障がいサービス) のどちらの欄に記入いただいてもかまいません。

(例: 週1回 (水) 訪問看護など)

枠が不足する場合はお手数ですが空欄に記入してください。

お問い合わせは下記までお願いします。

〒778-0002

徳島県三好市池田町マチ2429番地1

みよし広域連合介護保険センター 認定係

TEL: 0883-76-0030