

要介護認定・要支援認定に係る同意事項

※ 同意項目の□に✓を記入してください ※

- 施設や病院等内で訪問調査を実施する場合は、調査員が施設や病院等の職員から、被保険者の心身状況等について確認することに同意します。
- 訪問調査で立会者がいない場合等、必要があるときは、介護サービス事業所の関係者等から被保険者の心身状況等について確認することに同意します。

(更新申請の場合)

- 更新申請に係る要介護・要支援認定が認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該認定に要する日数が30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知を省略することに同意します。

《本人氏名》 館林 太郎

《代筆者氏名》 城町 花子 (続柄) 長女

要介護認定・要支援認定に係る確認事項

※ わかる範囲で、該当する□に✓や記入をしてください ※

○医療機関 (主治医)

- 1 受診頻度 1か月に1回以上 1か月に1回未満 入院・入所中
 その他 ()
- 2 最終受診日 令和〇年 〇月 〇日 3 受診予定日 令和〇年 〇月 〇日
- 4 他受診医療機関 (申請書記入の医療機関以外) _____

(申請代行事業者の場合) 担当者氏名 _____

(更新申請の場合) 現在の居場所 (自宅・病院・施設にいる方は記入不要)

住 所 _____ 電 話 _____

面接調査日程等の連絡先	フリガナ氏名	シロマチ ハナコ 城町 花子	続柄	面接の同席	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
			長女	同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 左記の方 ・ <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他の方 (下に記入してください)
	電話	① 090-****-**** ② 0276-**-****		フリガナ氏名	続柄
	備考: 火曜、金曜は定期通院等で日中は電話が繋がりにくくなっています。 連絡がとれる日時は () 時~ () 時 または いつでも大丈夫				

受付者	
-----	--