

内子町 訪問調査連絡票

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

被保険者番号						被保険者氏名					
訪問調査先 ※住民票と異なる場所での調査を希望される方のみ、該当する□にレ点を記入し内容をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 入院、入所先					※施設名・部屋番号を記入してください。					
	<input type="checkbox"/> 住所					※住所・〇〇方・アパート名および部屋番号を記入してください。					
	<input type="checkbox"/> 電話番号										
訪問調査時同席の有無	<input type="checkbox"/> 希望あり					同席者氏名					
						被保険者との関係					
	<input type="checkbox"/> 希望なし					同席者住所等			※住所・〇〇方・アパート名および部屋番号を記入してください。		
電話番号(携帯電話等)											
代行事業所 ※居宅介護支援事業所や介護保険施設等の代行申請の場合のみご記入ください。	事業者名： 事業所住所： 担当者名： TEL：										
調査希望日時	※調査スケジュールの都合により、ご希望の日時に添えない場合もありますので、ご了承下さい。										
備考 ※調査時に留意する事などがあればご記入ください。											

ご協力ありがとうございました。
内子町役場 介護保険係