

# 介護保険認定調査場所・立会人・連絡先記入票

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※ 該当するところに○をつけて下さい。

## 立会人

① 介護保険認定調査時に立会人（有・無）

立会人氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※日中にご連絡いたしますので連絡の取れる電話番号をご記入下さい。

## 調査場所

① 住所と同じ（駐車場 有・無）

② 住所以外の場所 名称 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## その他

デイサービス等を利用しており、調査に都合の悪い曜日・日時がありましたら、ご記入下さい。

---

---

認定結果通知等の送付先 ※未記入の場合は、現住所へ送付となります。

今回の認定結果通知書等について、提出代行者へ送付することを同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_