記入例

介護保険更新認定申請確認票

裏面も確認・ご記入ください。

【調査時間】※土日祝祭日をのぞく
９：３０～１０：３０　　１１：００～１２：００
１３：３０～１４：３０　　１５：００～１６：００

更新認定調査可能期間
〇月〇日から〇月〇日

※担当ケアマネジャー・包括支援センター職員の同席希望の方は、ケアマネ・包括職員にご連絡ください。

注１：入院中の更新調査は原則お断りしています（介護医療院、療養型を除く）。病院での調査が必要な場合はご相談ください。

調査について	調査希望場所 （希望する場所１つに☑）	□自宅
		□施設：施設名　**施設に入所されている方は施設名を記入**
		□住所地以外の住居：　宅：住所　**誰の家にいるか(長男・長女等)と、今いる住所を記入**
		注１□病院：病院名　**病院名を記入**
	立会い者	□有　□無 → 有に☑なら立会い者欄を記入 □家　族（　　） □包括職員　□ケアマネ　□相談員 (事業所名　　担当者　　) □その他（　　）
	サービス利用確認	利用しているサービスに☑　（　　）内に曜日・内容を記入 ☑デイサービス（　**火・水・木**　）　□デイケア（　　）
		□訪問看護（　　）　□訪問リハビリ（　　）
		□ヘルパー（　　）　□訪問入浴（　　）
		☑福祉用具レンタル（　**歩行器、手すり**　）
		□ショートステイ　当月・来月の予定
	サービス利用以外の都合が悪い日・時間帯等その他連絡したいこと	（例　透析のため毎水曜日、通院のため〇月〇日、午前中は立会い者の都合が悪い　等）
	日程調整連絡者 日程調整の連絡をさせていただく方を記入してください	氏名　**松本　二郎**　被保険者とのご関係（　**長男**　） 電話・携帯番号　**000-1111-3333** 平日の８：３０～１７：００の間で連絡のつく時間帯をご記入ください　**15:00～17:00**
主治医について	受診状況	最終受診日／往診日　**元**年　**5**月　**11**日 （薬のみ取りに行ったのは除く）
		次回受診予定　**元**年　**6**月　**15**日頃
		※裏面の「主治医」は本人の現在の状態を意見できる医師をお願いします。

※更新申請の認定調査は、委託先居宅介護事業所より調査員が訪問する場合があります。

お問い合わせ・提出先
高齢福祉課　本庁舎北別棟２階　〒390-8620　松本市丸の内3-7　☎0263-34-3214
西部福祉課　波田支所１階　〒390-1401　松本市波田4417-1
☎0263-92-3002（新村・和田・今井・梓川・奈川・安曇・波田地区にお住いの方）