

調査依頼日： 年 月 日

御中

日の出町いきいき健康課介護保険係

認定調査日程調整表

| | | | | | |
|--------|--|-----------------|----|--------|--------|
| 申請区分 | 新規 | 区分変更 | 更新 | 申請代行業者 | |
| 被保険者番号 | | | | | |
| フリガナ | | | | | 性別 男・女 |
| 被保険者名 | | | | | |
| 住所 | 日の出町 大久野 ・ 平井 | | | | |
| | 現在の居場所が住所地と違う場合お知らせください。 (病院の場合病棟や部屋番号なども分かる範囲でお知らせください。) | | | | |
| 電話番号 | - - | | | | |
| 立会い希望 | 有 ・ 無 (名前： 続柄：) | | | | |
| 立会者連絡先 | - - (携帯：) | | | | |
| 連絡可能時間 | 曜日 時 分 ~ 時 分 本人・立会者 と、連絡が取れます。 | | | | |
| 連絡事項等 | | | | | |
| | 特に希望の日時(または都合の悪い日)があれば、ご記入ください。 | | | | |
| 決定事項 | 調査日時 | 年 月 日 () 時 分 ~ | | | |
| | 提出期限 | 年 月 日 () | | | |

| |
|-----|
| メモ欄 |
|-----|

返送の必要はありません。調査終了後はシュレッダー等で破棄して下さい。