

# 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。

更新認定調査可能期間 月 日から 月 日
-------------------------

【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

※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☑)	<input type="checkbox"/> 自宅
		<input type="checkbox"/> 施設：施設名
		<input type="checkbox"/> 住所地以外の住居： 宅：住所
		注1 <input type="checkbox"/> 病院：病院名
	立会い者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有に☑なら 立会い者欄 を記入
		<input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> 包括職員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 相談員 (事業所名 担当者名 ) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> デイサービス ( ) <input type="checkbox"/> デイケア ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ ( ) <input type="checkbox"/> ヘルパー ( ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル ( ) <input type="checkbox"/> 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	氏名 _____ 被保険者とのご関係 ( ) 電話・携帯番号 _____ 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 [ ]	
主治医について	最終受診日／往診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (薬のみ取りに行ったのは除く) 次回受診予定 _____ 年 _____ 月 _____ 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)