

訪 問 調 査 希 望 票

(必ず申請書と一緒に提出してください)

被保険者番号		調査はどこでしますか？○で囲んでください。 自 宅 施設・病院 その他 ----- 自宅以外（住所と異なる場所）で調査する場合は、施設・病院名など具体的な場所を記入してください。 ----- _____階 棟 室 調査場所の電話番号（ ） -
被保険者氏名		
立会いする家族の氏名 (続柄)	()	
立会者の連絡先 (職場・携帯電話等)		

☆ 希 望 日

日頃の様子をお伺いしたいので、ご家族の立会いをお願いしています。(1時間位の予定です)
 申請日の3日後から14日以内に訪問調査が出来ますよう、希望日がありましたら記入してください。
 平日(月～金)の時間帯、9:00、10:30、13:30、15:00の調査にご協力をお願いします。

1. 特に日時の希望はありません	第1希望	月 日 ()	午前	・	午後
	第2希望	月 日 ()	午前	・	午後
	第3希望	月 日 ()	午前	・	午後
2. 次の日を希望します					

☆ サービスの利用予定がある方は記入してください

デイサービス・デイケア	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
ショートステイの予定	月 日 () ~ 月 日 ()

【ここからは市役所で記入します】

訪 問 調 査 予 約 票

訪問調査日時	年 月 日 () :	~
--------	-----------------------------	---

- ※ 訪問調査は、予約時間と多少前後することがありますがご了承ください。
- ※ 急病等により状態が安定しない、立会いの方がいない場合は後日改めて調査となりますので、必ず事前に下記まで連絡してくださいませようお願いします。
- ※調査時、身体動作の確認も行いますので、ご協力ください。

◀連絡先▶ 磐田市健康福祉会館「iプラザ」内

磐田市高齢者支援課 0538-37-4769