

申請書

次のとおり申請します。

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

特定疾病名	
-------	--

□（更新申請の方のみ）認定結果の通知が申請日から３０日を超える場合は、羽村市から被保険者に対して処理見込日及び理由を記載した延期通知を送付しているが、現在の認定有効期間内においては３０日を超える場合でも延期通知を送らないことに同意します。

代筆者氏名

認定調査に関するアンケート

認定調査を円滑に進めるため、以下の内容に御回答ください。

1. 調査の実施場所を教えてください。

☐ 住民票住所地（施設等は除く）

☐ 現在入院・入所中の病院・施設

電話番号			
病棟・居室	棟	階	号室
退院・退所予定	☐ あり（令和 年 月 日頃） ☐ なし・未定		

☐ その他の場所（今後入院・入所予定の病院・施設、親族の家等）

施設名・氏名			
住所			
電話番号			
入院・入所予定	令和 年 月 日頃		

2. 調査の同席者を教えてください。

☐ あり	氏名		続柄	
☐ なし	日中の連絡先			

3. 調査員が訪問時に車を停めるスペースの有無を教えてください。

☐ あり ☐ なし ☐ その他（ ）

4. 感染症の有無（結核・MRSA・疥癬・水虫等）を教えてください。

☐ あり（ ） ☐ なし

5. その他、調査時に配慮してほしいこと（認知症状の聞き取りや病名の告知等）や、御本人の状態で気になること等がありましたら御記入ください。

--

（事務処理欄）

（備考）

受付日	/	受付者		
本人確認 ☐ 運転免許証 ☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ 後期高齢者医療保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 診察券 ☐ 介護支援専門員証 ☐ （ ）				
保険係	資格者証印 済 ・ 再 2号 ・ 郵		代理権確認 ☐ 委任状 ☐ 介護保険証 ☐ （ ）	
調査 ☐ 市（ ） ☐ 委託（ ）	調査日 / （ ） 午前・午後 ：			調査票確認
送付先 有 ・ 無 ☐ システム確認		意見書 / ☐ 送付 ☐ 窓口		区分 ☐ 在宅 ☐ 施設