

市町村コード

被保険者番号

認定申請日

帳票ID

34209

000000000000

20180505

643

調査対象者氏名:

介護保険認定調査票(特記事項)1枚目

全角10桁で

調査実施日: 年 月 日

西暦を全角で

介護保険給付外の在宅サービス種類名を記入してください。

調査対象者の主訴、家族状況、住居状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

(特記事項)

市町村コード

被保険者番号

認定申請日

帳票ID

34209

644

調査対象者氏名:

介護保険認定調査票(特記事項)2 枚目

調査実施日: 年 月 日