市町村コード　　　　　　　　被保険者番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　認定申請日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　帳票ID



**２０１８０５０５０**

**００００００００００**

５８２００１７４７７

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



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