

要介護認定等訪問調査確認票（令和 年 月分）

様式5

区分（居宅・施設）

住所（〒 - ）

事業所又は
施設名

代表者名

電話番号

No.

No.	被保険者番号	被保険者名	検査日	受理日	確認印
1			月 日	月 日	
2			月 日	月 日	
3			月 日	月 日	
4			月 日	月 日	
5			月 日	月 日	
6			月 日	月 日	
7			月 日	月 日	
8			月 日	月 日	
9			月 日	月 日	
10			月 日	月 日	
11			月 日	月 日	
12			月 日	月 日	
13			月 日	月 日	
14			月 日	月 日	
15			月 日	月 日	
16			月 日	月 日	
17			月 日	月 日	
18			月 日	月 日	
19			月 日	月 日	
20			月 日	月 日	

※ 太枠内を記入して提出してください。

調査対象者が居宅者であれば「区分」の「居宅」に、施設入所者であれば「施設」に○をしてください。