

ヒアリングシート

以下の【回答】欄に確認内容を記入して、窓口へ持参、もしくは郵送でご回答ください。

要介護度	被保険者番号	氏名	性別	年齢	支援事業者番号	支援事業者名称	ケアマネ番号	提供事業者番号	提供事業者名称	サービス提供月	種類明細コード	日数回数	サービス単位数	サービス種類	確認事項
要介護4	0999999999		女	94	0333333333	〇〇訪問介護センター	03110062	0333333333	〇〇訪問介護センター	2019年4月	114846	60	12,360	訪問介護	【管理番号:41】 訪問介護の身体介護を月に60回～89回(1日2回～3回程度目安)利用されていますが、その必要性について記載してください。
【回答】 ケアプラン見直し予定： 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ／過誤調整： 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （左記の該当する項目にチェックをしてください。）															
要介護3	0999999999		女	81	0333333333	〇〇訪問介護センター	03990308	0333333333	〇〇訪問介護センター	2019年4月	114846	60	12,360	訪問介護	【管理番号:47】 訪問介護の身体介護を月に60回～89回(1日2回～3回程度目安)利用されていますが、その必要性について記載してください。
【回答】 ケアプラン見直し予定： 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ／過誤調整： 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （左記の該当する項目にチェックをしてください。）															

回答期日:平成32年7月31日までにご回答をお願い致します。

【回答・お問合せ先】 〒123-4567 適正市適正町適正1-1-1
適正市高齢福祉部介護保険課 介護保険担当 ○○○○ Tel:03-1234-5678

調査回答日:
事業者名/回答者名:
回答者連絡先: