

※認定調査をはじめて行う場合は、必ずこの認定調査従事者名簿の提出をお願いします。

認定調査従事者名簿

記入日	令和 ×年 ×月 ×日
住 所	〒 207 - 8585 東大和市中央3-930
法 人 名	社会福祉法人〇〇〇〇
事業所・施設名	やまと中央居宅介護支援事業所
電 話	042-563-2111
介護保険事業所番号	1234567890
種 別 (○を記入)	<input type="radio"/> ①指定居宅介護支援事業所 <input type="radio"/> ②指定市町村事務受託法人 <input type="radio"/> ③介護保険施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院) <input type="radio"/> ④地域密着型介護老人福祉施設

事業所の所在地を記入してください。

法人名を記入してください。

事業所名を記入してください。

事業所の電話番号を記入してください。

介護保険事業所番号を記入してください。

該当種別に○を記入してください。

【提出書類】

- ①指定通知書の写しを添付してください。
- ②介護支援専門員証の写しを添付してください。
- ③都道府県の認定調査員修了証書の写しを添付してください。

※なお、修了証がない場合に、区市町村の認定調査員証があれば、その写しを提出してください。

(フリガナ) 認定調査従事者氏名	生年月日	介護支援専門員番号	交付年月日	有効期間満了日
アズマ ヤマト 東 大和	昭和 △年 △月 △日	10000000	平成・令和 ○年 ○月 ○日	平成・令和 ○年 ○月 ○日
	和・平成 年 月 日		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	昭和		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日

認定調査を行った方の氏名、生年月日、介護支援専門員番号、交付年月日、有効期間満了日を記入してください。

認定調査受託可能範囲を記入してください。
※次回委託する際に参考にさせていただきます。

【調査受託可能範囲】

該当箇所に記入をお願いいたします。

東京23区外 (東大和市・東村山市・立川市・小平市・小平市・清瀬市・東久留米市・西東京市・武蔵野市・三鷹市・調布市・狛江市・小金井市・国分寺市・国立市・府中市・稲城市・福生市・昭島市・日野市・多摩市・町田市・羽村市・青梅市・あきる野市・八王子市・瑞穂町・日の出町・奥多摩町・檜原村

その他(○〇市〇〇町、上記範囲内の施設・病院)

東京23区 練馬区・杉並区・世田谷区・中野区・新宿区・板橋区・豊島区・文京区・渋谷区・目黒区・北区・荒川区・台東区・千代田区・中央区・港区・品川区・大田区・足立区・墨田区・江東区・葛飾区・江戸川区

その他()

他県

□□ 県道府

●●市、▲▲市