

要介護認定進捗照会及び連絡票

令和 年 月 日

小野市 高齢介護課 介護保険係 (FAX : 0794-64-2735)	事業所名・病院名 _____ 担当者氏名 _____ 電話 _____ FAX _____
--	--

下記のチェック項目について、問い合わせいたします。
FAXにて返信いただきますようお願いいたします。

進捗照会理由 (いずれかに☑をご記入ください。)
<input type="checkbox"/> 1. 新規申請中の被保険者の暫定ケアプランを作成するため (一次判定のみ)
<input type="checkbox"/> 2. 新規申請中の被保険者の住宅改修の理由書を作成するため (一次判定のみ)
<input type="checkbox"/> 3. 更新申請中の被保険者の認定有効期間が終了するため (月の20日以降に受付します)
<input type="checkbox"/> 4. 変更申請の申請期間が30日を経過したため (審査会日のみ)

被保険者番号	利用者 (例: 小○花○)	生年月日	町名
		T . S 年 月 日	町
一次判定	《要支援 ・ 要介護》		* 市記載欄 / 返信 :
審査会日	《 月 日 () 》		* 市記載欄 / 返信 :

*一次判定はあくまでも暫定であり、変更になることがあります。
*本人及び家族には一次判定を伝えることはしないでください。