

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 _____ 担当者氏名 _____ 電話 _____ FAX _____
--	---	--

下記項目について、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。

【進捗照会対象者】
がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したもの）と
診断された**新規・変更申請者**

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