更新・区分変更用

家族構成	□ 独居	□同居家族 本人の(夫･妻･息子･娘･子の配偶者･孫･孫の配偶者･ひ孫) [人家族]
介護者	□夫□妻□息子□娘□子の夫□子の妻□孫□その他 主介護者の氏名【 】	

被保険者の状況（日常生活で困っていることなど）

現在の所在
□在宅 (住民票のある自宅 ・ ケアハウス)
□市外の子供宅等住所地外に在宅( )
□特養 ・ 老健 ・ 療養型 ( )
□一般病院入院中 (病院 病室 号室)

認知症 (あり・なし)※ありに○をされた方のご家族は調査立会に御協力ください。

現在のケアプラン依頼先		担当ケアマネジャー	
調査立会い希望	□あり 【希望者】 続柄( ) □なし 氏名( )	【希望日･時間等】 月･火･水･木･金 (9:00～16:30)	【連絡先】 自宅･その他 日中も連絡が取れる番号(携帯等) TEL

≪重要≫

郵便物送付先
結果通知のみ配達記録

□ 住民票住所に本人宛(全ての書類本人宛)
□ 入所先 全ての書類を施設に送付しますので事前に施設に必ず確認を取ってください
□ その他本人との関係( )
〒□□□-□□□□
住所 宛名

特に指定なければ住民票住所に本人宛で送付いたします。それに不都合がある場合別の送付先を登録できます。事業者が代行申請される場合は責任を持ってご家族に確認をとってください。
また郵送先に変更があるときには変更先の住所を連絡ください。(電話でも結構です)
この住所に送付されるのは介護認定･サービス関係全書類です。登録に当たってご注意くださ

要支援1 要支援2 と判定された場合について

サービスを利用するには介護予防の計画書「介護予防プラン」を作成する必要があります。
ケアプランに関して、地域包括支援センター職員がご相談に応じます。
その際に契約等手続きが必要となりますので、ご本人又はサービス利用に関して手続きの援助をされるご家族の連絡先を記載ください。

氏名 (続柄) 電話番号( ) -

要支援1･要支援2 (新予防給付対象者)と判定された場合、引き続き現在担当のケアマネジャーさんにケアプラン作成を依頼されますか？
はい ・ いいえ (理由)

＊以下は、市記入欄ですので記入しないでください。

受付時確認事項	保険証回収(2号の人は医療保険被保険者証コピー) ・ 保険料納付確認 ・ 介護保険資格者証の発行		
事務処理入力	申請入力 ・ 主治医入力(済 ・ 未)	処理担当者印	
意見書処理	処理日(／) 持帰り(家族･ケアマネジャー) 市民局処理(持参･郵送･BOX)	処理担当者印	
調査依頼先	□業者委託 ( ) □市職員等 ( ) ＊依頼日 月 日 済	処理担当者印	
本庁への連絡事項			