








介護サービス事業所(全般)

内容	URL	QRコード
事故報告書	https://logoform.jp/form/tDgS/557186	
要介護認定の結果受取(送付先)変更	https://logoform.jp/form/tDgS/891437	

介護サービス事業所(地域密着型事業所)

内容	URL	QRコード
運営推進会議 開催通知	https://logoform.jp/form/tDgS/609285	
運営推進会議 報告書	https://logoform.jp/form/tDgS/841392	

居宅介護支援事業所

内容	URL	QRコード
軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認依頼	https://logoform.jp/form/tDgS/572013	
要介護(支援)認定の有効期間の半数を超える短期入所生活(療養)介護利用の届出書	https://logoform.jp/form/tDgS/569315	
居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書等(遡り申請)	https://logoform.jp/form/tDgS/686543	

特別養護老人ホーム

内容	URL	QRコード
特別養護老人ホーム 入所検討委員会開催通知	https://logoform.jp/form/tDgS/599993	
特別養護老人ホーム 入所検討委員会(報告)	https://logoform.jp/form/tDgS/686522	

要介護認定結果通知の窓口受取 (送付先変更)について



変更点

- 1 送付先変更をするための事由が必要
- 2 本人の同意が必要
- 3 申請後、窓口受取等への変更を希望する場合は
logoフォームから申請



変更点1

- 1 送付先変更をするための事由が必要
- 2 本人の同意が必要
- 3 申請後、窓口受取等への変更を希望する場合は
logoフォームから申請



結果通知の窓口受取(送付先変更)が想定される事由

- 1 本人が入院中、または**一時的**に住所地以外に滞在している場合等
- 2 本人は管理できないが、身寄りがない等、家族が受け取ることができない場合等

変更点2

1 送付先変更をするため

2 本人の同意が必要

3 申請後、窓口受取等への変更を希望する場合は
logoフォームから申請

個人情報の取扱いを厳格化するため、
窓口受取等に変更する場合は、本人の同意が必要となります。

【参考】個人情報の保護に関する法律 第27条(抜粋)
あらかじめ本人の同意を得ないで個人データを第三者
に提供してはならない。



2 本人の同意が必要

窓口受取(送付先変更)を希望する場合は、
要介護認定等申請書下部 内に、
本人の署名、送付先等を記入してください。

日立市長 殿 次のおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

介護保険 被保険者番号											個人番号															
	医療保 険者 番号											保険者番号														
被 保 者	被保 険者 記号・番号	記号											番号													
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女								
保 険 者	氏名											住所														
	住所											電話番号	()													
除 者	前回の要介護区分	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5																
	前回の有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																								
者	区分変更申請の理由 (原因・介助の手時)																									
	現在いる場所 (現住所以外の場 合のみ、記入して ください。)	施設・医療機関名 又は 世帯主氏名											〒													
者	転入者記入欄	転出元自治体 (前保険者市町村)											〒													
	認定申請状況	認定済・申請中(申請日:令和 年 月 日)										認定調査:済・未														
該当するものに○	認定調査の立ち会いを希望	する(下欄を記入してください)・しない																								
認定調査に ついての 連絡先と 立会人	氏名											本人との関係														
	住所	〒										日中連絡が取れる電話番号	()													
(調査希望曜日) 月 火 水 木 金 指定なし																										
申請の手続きを被保険者に代わって行う場合に記入してください。(該当するものに○)																										
提出 代行 者	名称											担当者名:														
	所在地	〒										電話番号	()													
被保険者の主治医を記入してください。																										
主治 医	医療 機関名											医師の氏名														
	所在地	〒										最終受診日	令和	年	月	日	次回受診予定日	令和	年	月	日					
第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。																										
特定疾病名																										
介護サービス計画の作成等介護保険事業等の適宜な運営の為に必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び自治体意見書を、日立市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に從事した調査員に提示することとなります。																										
結果通知送付に関する事項 ※【】に○【本人入居中】家族が受取(預贈)により、【送付先変更の「アマネジャー」等窓口受取】に変更願います。被保険者氏名 (代筆者氏名)																										
送付先宛名(本人との関係:) 送付先住所 〒																										

記入方法

①該当するものに○をつける

結果通知送付等に関する事項 ※【】に○ 【本人入院中・家族が受取困難】により、【送付先変更・ケアマネジャー等窓口受取】に変更願います。
被保険者氏名 (代筆者氏名)

送付先宛名(本人との関係:) 送付先住所 〒

記入方法

②本人の署名をもらう。

本人が署名できない場合は、代筆で署名し、代筆者氏名も記入する。

結果通知送付等に関する事項 ※口に○【本人入院中・家族が受取困難】により【送付先変更・ケアマネジャー等窓口受取】に変更願います。

被保険者氏名

(代筆者氏名)

送付先宛名(本人との関係:

)

送付先住所 〒

記入方法

③送付先宛名・住所等を記入 または
ケアマネジャー窓口受取と記入し、担当者氏名・連絡先を記入。

結果通知

被保険者氏名

(代筆者氏名)

送付先宛名(本人との関係:)

送付先住所 〒

変更点3

- 1 送付先変更をするための事由
- 2 本人の同意が必要
- 3 申請後、窓口受取等への変更を希望する場合は
logoフォームから申請**

窓口受取(送付先変更)を希望する場合は、
申請時に申請書に記入 or Logoフォームで申請

※電話等での受付はできません



変更点3

- 1 送付先変更をするための事由
- 2 本人の同意が必要
- 3 申請後、窓口受取等への変更を希望する場合は
logoフォームから申請

窓口受取(送付先変更)を希望する場合は、
申請時に申請書に記入 or Logoフォームで申請

※電話等での受付はできません

logoフォーム名称「認定結果送付先(受取)変更申請」



注意点

- ・申請後に変更の手続きを行う場合は、本人同意を確認するため、**委任状**が必要です。
※委任状の様式は、「認定結果送付先(受取)変更申請」の logo フォームに掲載しています。
- ・変更できるのは、審査会開催日の**3日前まで**
(土日、祝日は除く)
※審査会日は事前にFAXでお問合せください。

注意点

- ・今後、介護保険課から郵送される書類すべての送付先を変更する場合は、送付先変更の手続きをお願いします。
(logoフォームで手続き可能です。)

logoフォーム名称「介護保険送付先変更v3」



Logoフォーム申請手順【Q1～Q8】

①事業所名を入力

Q1. 事業所名を入力してください。 必須

0 / 60000

Q2. 申請者（担当者）名、連絡先を入力してください。

②申請者（担当者）氏名、連絡先を入力

氏名

氏 必須

0 / 64

名 必須

0 / 64

電話番号

電話番号 必須

0 / 15

Logoフォーム申請手順【Q1～Q8】

Q3. 対象者の被保険者番号はわかりますか。 **必須**

- はい
 いいえ

③被保険者番号を入力

Q4. 被保険者番号を入力してください。 **必須**


0000123456

0 / 60000

※被保険者番号が不明な場合は、生年月日を入力

Q5. 対象者の生年月日を入力してください。

生年月日

 生年月日 **必須**

Logoフォーム申請手順【Q1～Q8】

Q6. 対象者の氏名を入力してください。

氏名

氏 **必須**

④対象者の氏名を入力

0 / 64

名 **必須**

0 / 64

Q7. 対象者の審査会日を入力してください。 **必須**



⑤対象者の審査会日を入力

Q8. 本人が受け取ることができない理由を選択してください。 **必須**

⑥変更事由を選択

- 本人入院中（一時的に住所地以外に滞在中）のため
- 家族が受取り困難なため

Logoフォーム申請手順

担当者窓口受取の場合【Q9→Q12】

Q9. 希望するものを選択してください。

必須

⑦ 「担当者窓口受け取り」を選択

- 担当者窓口受け取り
- 指定住所へ送付希望（今回のみ）
- 指定住所へ送付希望（次回以降も希望）

Q12. 委任状を添付してください。

必須

⑧ 委任状を添付する



委任状はこちらからダウンロードできます。

[委任状](#)

→ 確認画面へ進む

🔒 入力内容を一時保存する

Logoフォーム申請手順

今回のみ送付先を変更する場合【Q9～Q12】

Q9. 希望するものを選択してください。 **必須**

- 担当者窓口受け取り
- 指定住所へ送付希望（今回のみ）
- 指定住所へ送付希望（次回以降も希望）

⑦ 「指定住所へ送付希望（今回のみ）」を選択

Q10. 送付先の情報を入力してください。

⑧ 送付先の情報を入力

氏名

氏 **必須**

0 / 64

名 **必須**

0 / 64

氏フリガナ **必須**

0 / 64

名フリガナ **必須**

0 / 64

住所

郵便番号 **必須**

0 / 8

都道府県 **必須**



市区町村 **必須**

0 / 64

番地 **必須**

マンション・部屋番号

Logoフォーム申請手順

今回のみ送付先を変更する場合【Q9～Q12】

Q11. 送付先と本人の続柄 **必須**

⑨送付先と本人の続柄を入力

長男

0 / 60000

Q12. 委任状を添付してください。 **必須**

⑩委任状を添付する



委任状はこちらからダウンロードできます。

[委任状](#)

→ 確認画面へ進む

入力内容を一時保存する

Logoフォーム申請手順

介護保険課から郵送される書類すべての送付先を変更する場合【Q9】

Q9. 希望するものを選択してください。 **必須**

- 担当者窓口受け取り
- 指定住所へ送付希望（今回のみ）
- 指定住所へ送付希望（次回以降も希望）

⑦ 「指定住所へ送付希望（次回以降も希望）」を選択

▲ 送付先変更の手続きを行ってください。

こちらから送付先の変更手続きを行ってください。

※なお、送付先変更申請を行った場合は、
結果通知の送付先変更手続きは不要です。

送付先変更はこちらから申請できます。

なお、送付先変更申請をした場合、「認定結果の送付先（受取）変更申請」は入力不要です。

<https://logoform.jp/form/tDgS/903227>