

# 介護保険認定情報提供依頼書

平成 年 月 日

六ヶ所村長 様

依頼者 事業者名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

介護保険法に基づくサービスを円滑に実施するため、下記の者に対する介護保険認定情報が必要ですので提供を依頼します。

記

被保険者番号	
氏 名	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
住 所	六ヶ所村大字
対 象 情 報	平成 年 月 日認定に係る <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他( )
依 頼 理 由	<input type="checkbox"/> 介護(予防)サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> その他( )
備 考	

<事務処理欄>

引渡日	引渡者	引渡方法	備考
/		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	