

認定情報依頼書

令和 年 月 日

境港市福祉保健部長寿社会課 行

(F A X : 0859-44-2120)

【請求者】(事業所名、資格、請求理由とも、必ず記入すること。)

事業所名	
資格 (該当に○)	・ 居宅介護支援事業者 ・ 介護保険施設 ・ 居宅サービス事業者 ・ 地域包括支援センター ・ その他()
請求理由 (該当に○)	・ サービス計画作成 ・ 介護保険施設入所申請 ・ その他()

【対象者】

番号	被保険者番号	氏名	主治医意見書 (必要であれば ○を)	認定調査票 (必要であれば ○を)	担当ケアマネ氏名	認定情報 作成日	受領印
1						/	
2						/	
3						/	
4						/	
5						/	
6						/	
7						/	
8						/	
9						/	
10						/	
11						/	
12						/	
13						/	
14						/	
15						/	