

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	サービス計画作成

【対象者】 資料：認定調査票・主治医意見書

番号	被保険者番号	氏 名	担当ケアマネジャー氏名	入所・入居されている方は○	入所・入居予定の方は予定日	認定情報作成日	受領印
1					/	/	
2					/	/	
3					/	/	
4					/	/	
5					/	/	
6					/	/	
7					/	/	
8					/	/	
9					/	/	
10					/	/	
11					/	/	
12					/	/	