

介護サービス計画作成のための認定情報提供依頼対象者名簿兼伺い書

予防給付分

※ 提出先(送信先)

利用者の住所地の包括支援センターへ提出(送信)してください。

全 枚中 枚

令和 年 月 日

申請事業者		所在地					
申請事業者		事業者名					
申請事業者		電話番号					
申請事業者		申請者名					
番号	住所 (市町村名)	被保険者番号	性別	申請する 認定情報	備考	(包括記入欄)	(支部確認処理欄)
		対象者氏名				指定介護予防 支援契約書	(認定日 : 有効期間)
1		男・女	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	要支援1	有・無	要支援1・要支援2 (R . . . : R . . . ~) 介護予防届出...有・無 (/ 届出)
				<input type="checkbox"/> 主治医意見書	要支援2		枚
2		男・女	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	要支援1	有・無	要支援1・要支援2 (R . . . : R . . . ~) 介護予防届出...有・無 (/ 届出)
				<input type="checkbox"/> 主治医意見書	要支援2		枚
3		男・女	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	要支援1	有・無	要支援1・要支援2 (R . . . : R . . . ~) 介護予防届出...有・無 (/ 届出)
				<input type="checkbox"/> 主治医意見書	要支援2		枚
4		男・女	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	要支援1	有・無	要支援1・要支援2 (R . . . : R . . . ~) 介護予防届出...有・無 (/ 届出)
				<input type="checkbox"/> 主治医意見書	要支援2		枚
5		男・女	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	要支援1	有・無	要支援1・要支援2 (R . . . : R . . . ~) 介護予防届出...有・無 (/ 届出)
				<input type="checkbox"/> 主治医意見書	要支援2		枚
6		男・女	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	要支援1	有・無	要支援1・要支援2 (R . . . : R . . . ~) 介護予防届出...有・無 (/ 届出)
				<input type="checkbox"/> 主治医意見書	要支援2		枚
※ 申請者は太枠のみ記入してください。						処理日(/)	合計 枚

受取場所 〒825-0006 福岡県田川市新町18-7 田川自治会館内
福岡県介護保険広域連合 田川・桂川支部 TEL 0947-49-1093

- ※ 依頼は市町村包括ごと提出(送信)願います。また、個人情報のため送信間違いのないようお願いいたします。
- ※ この名簿は、情報提供を効率的に行うためのものであり、申請書のかわりにはなりません。
- ※ 提供情報受け取りの際には、介護サービス計画作成のための認定情報提供依頼書を支部にご持参ください。

支 部 処 理 欄						包括処理欄
事務長	事務長補佐	係 長	係	発行日	担当者	