

(!) この事前依頼書をFAXし、大津市からの返信FAXを確認後に必要書類を郵送してください。

F A X 送 信 書《郵便開示用》

介護サービス計画作成のための認定資料提示申請事前依頼について

※太線内は必ず記入してください。

大津市 介護保険課 FAX 077-526-8382

発信事業所名	○で囲んでください。 居宅 ・小規模 ・GH ・その他の施設		
	介護事業所	(担当者 介護 一郎 様)	
FAX番号(電話番号)	FAX: 077 - 526 - 8382 (TEL 077 - 528 - 2753)		

下記の者について、介護サービス計画等の作成を行うため、次のとおり認定資料の交付確認を依頼します。

被保険者番号	※ポイント願います 必要書類	※返 信 欄	
0 0 0 0 * * * * *			
被保険者氏名 大津 光	☒ 結果通知(1枚) ☒ 調査票(枚) ☒ 意見書(2枚)	大津市が記入します。 ☐ 本人の同意が必要 ☐ 審査会 ⇒ 翌日午後 再度FAXいたします ☐ 審査会未定 後日再度FAXしてください	本の届出書が必要です CM Dr

※住所・生年月日・性別
(被保険者)

開示を希望される文書に
チェックを入れてください。

《FAX返信後、郵送時には下記の書類等を同封してください。》

- ①認定資料提示申請書(様式第44号)
 - ②<施設の方> 被保険者の施設入所が確認できるものの写し(契約書等)
<居宅介護支援事業所の方>
 - ・保険者が大津市の場合・・・居宅介護サービス計画作成依頼届出書
 - ・保険者が大津市以外の場合・・・現在の市町村が発行する被保険者証の写し
(被保険者名及び居宅介護支援事業所の名称がわかる部分の写し)
 - ③介護支援専門員証の写し
 - ④提示資料代 1枚につき10円 (定額小為替は無記入でご郵送ください。)
 - ⑤返信用封筒と返信用切手
- ※④⑤はFAX返信時に下記に示す額

(この欄はFAX返信時に大津市が記入します)

《資料代及び返信用切手は下記のとおりです》

●提示資料代 枚 × 10円 = 円

●返信用切手 円

合計 円

《上記料金を下記の定額小為替、切手を同封してお支払いください》

●定額小為替

●返信用切手

合計 円

※定額小為替と資料代の差分を返信用切手代として充当させていただきます。