

F A X 送 信 書《窓口受取用》

記入例

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	様(担当者	様)
FAX番号(電話番号)	FAX: 077 - 526 - 8382	(TEL 077 - 528 - 2753)	
資料受取	○ 月 ○ 日 ○ 時頃 ★必ず返信FAXを確認してから取りに来てください。 ※窓口受取希望日の前日の午前中までにFAXしてください。		

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	※レ点願います	※返 信 欄
0 0 0 0 * * * * *	必要書類	介護計画の届出書が必要です
被保険者氏名	☑結果通知(1枚)	本
大津 光	☑調査票(1 枚)	CM
※住所・生年月日記入欄 (被保険者番号が不明の場合)	☑意見書(2枚)	Dr
	提示の方法	
	☐閲覧 ☑交付	
被保険者番号が不明の場合、こちらの欄に住所と生年月日をご記入ください。	提示の方法いずれかにチェックを入れてください。	
被保険者氏名	必要書類	介護計画の届出書が必要です
	☐結果通知(1枚)	本
	☐調査票(1 枚)	CM
※住所・生年月日記入欄 (被保険者番号が不明の場合)	☐意見書(2枚)	Dr
	提示の方法	
	☐閲覧 ☐交付	
被保険者番号	※レ点願います	※返 信 欄
	必要書類	☐ 居宅介護サービス計画の届出書が必要です
被保険者氏名	☐結果通知(1枚)	☐ 本人の同意が必要です
	☐調査票(1 枚)	☐ 審査会日 / の午後以降お渡し可能
※住所・生年月日記入欄 (被保険者番号が不明の場合)	☐意見書(2枚)	☐ 審査会未定 後日再度FAXしてください
	提示の方法	☐ 予防です
	☐閲覧 ☐交付	☐ 区分変更却下または直近コロナ延長です ※前回分希望の場合はお電話ください

※ 受取時には必ず申請書を持参し、介護支援専門員証をご提示ください。

合計

枚

円