

# 要介護認定情報提供依頼書

(第2号様式)

居宅(郵送用)

【依頼先】 藤 枝 市 役 所  
介 護 福 祉 課

【依頼日】 年 月 日

住 所  
事業所名  
電話番号  
担当者名

以下の被保険者の要介護認定情報の提供を依頼します。

( 郵送希望 有り・無し )

| No | 被保険者番号 | 被保険者名 | プラン届出 | 受領日 | 受領者サイン |
|----|--------|-------|-------|-----|--------|
| 1  |        |       | 済・未   | 月 日 |        |
| 2  |        |       | 済・未   | 月 日 |        |
| 3  |        |       | 済・未   | 月 日 |        |
| 4  |        |       | 済・未   | 月 日 |        |
| 5  |        |       | 済・未   | 月 日 |        |

(太枠内を記入してください)

※お願い 返信用(切手添付)の封筒を送ってください。

## 【問い合わせ】

藤枝市役所 介護福祉課  
住所 藤枝市岡出山1-11-1  
電話 054-646-0294(直通)  
FAX 054-643-3506