

要介護認定情報提供依頼書

(第2号様式)

施設(郵送用)

【依頼先】 藤 枝 市 役 所
介 護 福 祉 課

【依頼日】 年 月 日

住 所
事業者
電話番号
担当名

施設名

依頼者

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	保険証	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

情報提供依頼書と施設名入所年月日の記載のある介護保険証(写し)を郵送してください。

返信用(切手添付)の封筒を同封してください。

【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