

要支援認定情報提供依頼書

(第3号様式)

【依頼先】 藤 枝 市 役 所
介 護 福 祉 課

【依頼日】 年 月 日

電話番号

依頼者 事業所名事 業 者

担当者名

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	
6												済・未	月 日	
7												済・未	月 日	
8												済・未	月 日	
9												済・未	月 日	
10												済・未	月 日	

(太枠内を記入してください)

【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