

要支援認定情報提供依頼書

(第3号様式)

包括(郵送用)

【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

以下の被保険者の要支援認定の情報提供を依頼します。

(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	
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