

要介護認定情報提供依頼書

(第2号様式)

施設(窓口用)

【依頼先】 藤 枝 市 役 所
介 護 福 祉 課

【依頼日】 年 月 日

住 所

依頼者 事業者

施設名

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。

(受領希望日 月 日 午前・午後)

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

施設名・入所年月日の記載のある介護保険証(写し)を添付してください。

【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)