

様式第3号用

年 月 日

(宛先)
所沢市介護保険課
認定グループ

事業所名：
担当（ケアマネージャー）：
TEL： - -

居宅サービス計画等関係情報提供依頼書について

このことについて、下記の方の情報提供を事前にお伝えします。

受取予定日： 年 月 日 ()

【注意事項】

- ・受取予定日は必ずご記入ください。
- ・受取予定日の前営業日までに依頼してください。
- ・受取予定日までに来庁されない場合、本依頼は無効として取り扱います。

●対象者一覧

NO	被保険者番号	必要書類（※1）	届出書提出済確認（※2）
1		1 ・ 2 ・ 3	済 ・ 未
2		1 ・ 2 ・ 3	済 ・ 未
3		1 ・ 2 ・ 3	済 ・ 未
4		1 ・ 2 ・ 3	済 ・ 未
5		1 ・ 2 ・ 3	済 ・ 未

※1 必要書類 表中の必要書類の番号を○で囲む。

- 1：認定調査結果（ただし、概況調査票を除く。） 2：主治医意見書
3：介護認定審査会議事録（ただし、一次判定、前回認定結果、変更の指標及び審議内容を除く。）

※2 届出書提出済確認 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出状況を○で囲む。

済：提出済 未：未提出（情報受取時に一緒に提出する。）