

様式第 4 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 :        -        -

介護報酬算定要件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 | 済    ・    未   |
| 2  |        | 1    ・    2 | 済    ・    未   |
| 3  |        | 1    ・    2 | 済    ・    未   |
| 4  |        | 1    ・    2 | 済    ・    未   |
| 5  |        | 1    ・    2 | 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                      2 : 主治医意見書

※2 介護保険施設の方が依頼される場合は、契約書等の写しを提出してください。