

介護サービスに関わる資料提供事前連絡書

| 番号 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 希望資料(○を付けて下さい) |        | 担当<br>介護支援専門員 | 受領年月日 | 受領者 |
|----|--------|--------|----------------|--------|---------------|-------|-----|
|    |        |        | 認定調査票          | 主治医意見書 |               |       |     |
| 1  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 2  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 3  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 4  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 5  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 6  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 7  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 8  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 9  |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |
| 10 |        |        |                |        |               | 年 月 日 |     |

ケアプラン作成のため、上記の被保険者に係わる要介護認定結果等の資料を提供されるよう事前に連絡します。

手渡し・郵送 を希望します。(どちらかに○をつけてください)

安八郡広域連合での受け取り希望日時 令和 年 月 日 時 分頃

申請日 令和 年 月 日

|             |  |
|-------------|--|
| 事業者名        |  |
| 担当介護支援専門員氏名 |  |
| 電話          |  |

\* 郵送希望の場合は、94円切手を貼った返信用封筒と申請書(原本)・事前申請書を同封して下さい。

\* 希望受け取り日時の、2日前までに FAXで依頼して下さい。

\* 訪問時は必ず、資料提供に係わる申請書を持参して下さい。

\* 資料を受領しましたら、受領年月日と受領者を記入の上、広域連合へ返却していただきますようお願いいたします。  
 \* 郵送で依頼され場合は、受領された後に受領者等を記入していただきFAXにて返信していただきますようお願いいたします。