

F A X送信用紙

様式第3号

年 月 日

(あて先)
所沢市介護保険課
認定担当グループ

事業所名：
担当（ケアマネージャー）：
TEL： — —

居宅（施設）サービス計画関係情報提供依頼について

このことについて、下記の方の情報提供を依頼します。

記

| NO | 被保険者番号 | 必要書類（※1） | 届出書提出済確認（※2） |
|----|--------|-----------|--------------|
| | | 1 ・ 2 ・ 3 | 済 ・ 未 |
| | | 1 ・ 2 ・ 3 | 済 ・ 未 |
| | | 1 ・ 2 ・ 3 | 済 ・ 未 |
| | | 1 ・ 2 ・ 3 | 済 ・ 未 |
| | | 1 ・ 2 ・ 3 | 済 ・ 未 |
| | | 1 ・ 2 ・ 3 | 済 ・ 未 |
| | | 1 ・ 2 ・ 3 | 済 ・ 未 |
| | | 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（情報受取時にいっしょに提出する。）