

F A X 送信用紙

様式第 4 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： - -

介護報酬算定要件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）	必要とする情報の写しの 交付の有無
		1 ・ 2	有 ・ 無
		1 ・ 2	有 ・ 無
		1 ・ 2	有 ・ 無
		1 ・ 2	有 ・ 無
		1 ・ 2	有 ・ 無
		1 ・ 2	有 ・ 無
		1 ・ 2	有 ・ 無
		1 ・ 2	有 ・ 無

※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