

要介護認定情報提供に係る事前連絡票

令和 年 月 日

事業者名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

担当者名 _____

下記の者の要介護認定情報について提供申請をしたいので、事前連絡します。

被保険者番号	対象者氏名	提供方法	提供希望内容	希望する情報に係る認定通知の時期	受け取り場所 ○をしてください
		関・写	1 2 3		介護保険課
		関・写	1 2 3		篠ノ井支所
		関・写	1 2 3		豊野支所
		関・写	1 2 3		鬼無里支所
		関・写	1 2 3		戸隠支所
		関・写	1 2 3		大岡支所
		関・写	1 2 3		信州新町支所
		関・写	1 2 3		中条支所

- ※ 提供希望情報内容：1 概況調査・基本調査（一次・二次判定結果を含む）
 2 特記事項
 3 主治医意見書

送信先：長野市保健福祉部介護保険課 認定担当

FAX番号：026-224-5247
 (電話番号：026-224-7891)

(返信欄)

令和 年 月 日

申請者様

事前連絡いただきました上記の件について、用意ができましたのでご連絡します。

~~~~~ 月 日 時以降のお渡しになります。 ~~~~~

長野市保健福祉部介護保険課 認定担当【情報提供担当】 電話026-224-7891