

介護サービス計画作成に関する要介護認定結果・負担割合提示請求書

(宛先)

令和 年 月 日

受付印欄

金 沢 市 長

所在地	〒 ー
事業社名	様 TEL () ー
請求者名	

事業所番号 (必須)									

*上記の所在地、事業社名はそのまま返信用の宛名として使用させていただきますので、明確に記載してください。

介護サービス計画を作成するために、下記の方の要介護認定結果及び負担割合の提示について請求します。

No.	被保険者番号	氏名	*負担割合	*要介護度	*有効期限	*認定日	*金沢市使用欄	
							送付日	備考
1					~	/	/	
2					~	/	/	
3					~	/	/	
4					~	/	/	
5					~	/	/	
6					~	/	/	
7					~	/	/	
8					~	/	/	
9					~	/	/	
10					~	/	/	

*は、市で記入します。

受付日	送付日

*介護保険要介護認定申請書において申請者本人が認定情報等の提供に同意しない場合、又は、主治医意見書において主治医が介護サービス計画作成のために主事意見書を利用することに同意しない場合は、居宅介護支援事業者等に対して認定結果情報等の提示もしくは複写はできません。