

介護保険情報問い合わせ票（緊急用）FAX / 来庁

平成 年 月 日

五戸町福祉保健課 行き FAX番号：0178-62-6317

| | | | |
|-------|--|-----|--|
| 事業所名 | | 電話 | |
| 住所 | | FAX | |
| 担当者氏名 | | | |

| | | | |
|----------------------------------|--|--------------------|--------|
| 問い合わせ事由（緊急やむを得ない理由についても記載してください） | | | |
| 問 い 合 わ せ 事 項 | 被保険者氏名 | | 被保険者番号 |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 住所 | | |
| | (チェックしてください。) | □ その他（内容を記載してください） | |
| | <input type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input type="checkbox"/> 認定日 <input type="checkbox"/> 有効期間 <input type="checkbox"/> 被保険者番号 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 | | |

介護保険情報緊急問い合わせ回答票 FAX / 来庁

平成 年 月 日

様

発信者 五戸町福祉保健課

担当者：

電話：0178-62-7956

FAX：0178-62-6317

| | |
|---|---------------------------|
| 上 記 に 係 る 回 答 事 項 | 要介護状態区分等： |
| | 認定日：平成 年 月 日 |
| | 有効期間：平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |
| | 被保険者番号： |
| | 一次判定結果： |
| | その他： |

(FAX送信の際は、送信先の間違いにはご注意くださいようお願いいたします。)