

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。)	<input type="checkbox"/> 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：
	その他の

(FAX送信の際は、送信先の間違いにはご注意いただきますようお願いいたします。)