介護保険情報問い合わせ票（緊急用）　ＦＡＸ　／　来庁

令和　　　年　　　月　　　日

福祉課　介護保険班　行　　　　ＦＡＸ番号：0178-62-2216

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 電話 |  |
| 住所 |  | ＦＡＸ |  |
| 担当者名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 問合せ事由 | （緊急やむを得ない理由についても記載してください） |
| 対象者 | 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 | 五戸町　　字 |
| 問合せ事項(チェックしてください) | □ | 要介護状態区分等 | □ | 被保険者番号 |
| □ | 認定日 | □ | 一次判定結果 |
| □ | 有効期間 |  |  |
| □ | その他（内容を記載してください） |

介護保険情報緊急問い合わせ回答票　ＦＡＸ　／　来庁

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

発信者　五戸町福祉課

担当者：

電話：0178-62-7956（直通）

ＦＡＸ：0178-62-2216

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記に係る回答事項 | 要介護状態区分等 |  |
| 認定日 |  年 月 日　 |
| 有効期間 |  年 月 日から　　 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、送信先の間違いにご注意ください》