様式第19号

|  |
| --- |
| (文書の記号)第何号　　年　　月　　日　　　　　　　　様小野町長　　　　　　　　　　印介護保険　要介護認定訪問調査依頼書要介護認定訪問調査を次のとおり依頼します。 |
| 　 | 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 明大昭　　年　月　日 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 |  |
| 　 |
| 　 | 要介護認定(更新)申請日要介護認定調査票提出期限 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　年　　　月　　　日まで | 　 |
| 1　要介護認定調査票は、所定の様式又はマークシートにより必ず期限までに提出してください。2　期限までに調査を完了しない見込みであるときは、小野町役場　　課まであらかじめ報告のうえ、指示を受けて下さい。3　この調査を第三者に再委託することはできません。4　調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。5　調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。6　本町が必要であると認めた場合は、以来の内容を変更又は中止することがあります。7　上記のほか、本調査に関しては介護保険法その他関係法令及び本町介護保険条例並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。＊　居宅介護支援事業者等には介護保険施設を含む。問い合わせ先〒963―3492福島県田村郡小野町小野新町字舘廻92番地福島県田村郡小野町役場　　　課　　　　電話番号 |