様式第21号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (文書の記号)第何号  　　年　　月　　日  〒  　　　　　　　　様  小野町長　　　　　　　　　　印  介護保険診断命令書  　　　　　年　　月　　日にあなたが行った申請について、介護保険法の規定に基づき要介護認定・要支援認定等を行うにあたって、医師の意見を求める必要があるので、下記のとおり受診してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 診断を行う医療機関 | | | | | | | | | | | | | |  |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 担当医師名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ＊診断を受ける日時あるいは期間 | | | | |  | | | | | | | | | |  |
| ＊診断を受ける場所 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1　診断を受けるときは、この書類を医療機関に提示してください。  2　指定をした日時に診断を受けることができない場合は、診断を受ける医療機関及び小野町役場　　課の両方に必ず連絡してください。  3　この診断を受けないときは、介護保険法第27条第10項等の規定により、あなたの要介護認定・要支援認定などの申請が却下されることがあります。  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 | | | | | | | | | | | | | | | | |