

別紙 1

赤穂市役所介護保険担当課 (FAX:0791-43-7138) 行

被保険者の認定審査会日程等照会表

1. 提出者について

事業所名	
介護支援専門員 (担当者)	
提出 (送信) 日	年 月 日

2. 照会事項

	被保険者番号	日程以外の確認事項	審査会日程 (予定)
1			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
2			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
3			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
4			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
5			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
6			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
7			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
8			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
9			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
10			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
11			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
12			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
13			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
14			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
15			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
16			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
17			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
18			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
19			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定
20			年 月 日 予定 ・ 済 ・ 未定

注意事項について

1. 提出者・被保険者番号は楷書で丁寧に記入してください。
2. 届出が確認できない場合、回答できないことがあります。
3. 日程以外の確認事項に記載がある場合、審査会日程は回答いたしません。
4. 太枠内には記入しないでください。

介護保険係受付