

# 介護保険認定結果等確認票

F A X 03-3480-1133

高齢障がい課 介護保険係 介護認定担当あて

※太枠内をご記入ください。

対象者被保険者番号	0000012345							
生年月日	明	・	大	・	昭	年	月	日
対象者名	狛● 太●							
返信先	事業所名	居宅介護支援事業所						
	担当者名	介護 花子						
	FAX 番号	03-1234-5678						
認定結果	非 該 当							
	要支援	1 ・ 2						
	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
認定期間	年	月	日	～	年	月	日	
認定日	年	月	日					
交付日	年	月	日					
進捗状況	一次判定結果 (未済)	非 該 当						
		要支援	1 ・ 2					
	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
二次判定予定日 (未定)	年	月	日					
備考								
返信日								

返信先になります。  
くれぐれもお間違えのないよう、ご確認の上、ご記入ください。

※介護保険認定結果等については、介護保険被保険者証をご確認ください。  
介護保険被保険者証の確認が困難な場合に、この用紙をご活用ください。  
当日 16 時まで受付分を、翌開庁日に回答いたします。