

## 介護保険給付に係る照会票

照会日	年 月 日									
相 談 事 業 所	事業所名									
	担 当 者									
	電話番号	(      )								
	住 所									
被保険者 <small>(被保険者が特定できなくて 対応できる場 合は空白でも 可)</small>	氏 名	(男・女)			被 保 険 者 番 号					
	生年月日	年 月 日								
	電話番号	(      )								
	住 所									
サ ー ビ ス 種 類	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハ 通所介護 通所リハ 居宅療養管理指導 短期入所生活介護 短期入所療養介護 認知症対応型通所介護 認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護 特定施設入所者生活介護 福祉用具貸与 福祉用具購入 住宅改修 居宅介護支援 介護予防支援 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設									
照会内容 概要	について									
照会内容詳細										