

予防給付対象者連絡票

御中

(FAX) 記入日 年 月 日

下記の通り当事業所で担当していたご利用者様が予防給付の対象になりましたので連絡いたします。

利用者情報	氏名	様	本人電話番号				
	住所			訪問予約の連絡先	本人以外に連絡が必要な場合		
	生年月日	年 月 日	歳	氏名(続柄)			
	認定結果	自立	・ 要支援1	・ 要支援2	被保険者番号		
	有効期限	年 月 日	から	年 月 日	まで	利用者負担割合	割
特記事項							

居宅介護支援事業所: _____

担当者: _____

TEL: _____

FAX: _____