

ご利用者様が予防給付になった際に詳細を記入し、該当の地域包括支援センターにお渡しするのにご活用ください。

予防給付対象者連絡票

*****地域包括支援センター 御中

(FAX 03-****-****) 記入日 2017 年 12 月 20 日

下記の通り当事業所で担当していたら、FAXの際は、お名前がわからないよう連絡いたします。

FAXの際は、お名前がわからないようにお送りください。

利用者情報	氏名	明● 花● 様	本人電話番号	03-****-****	
	住所	千代田区南神田*-*-*	訪問予約の連絡先	本人以外に連絡が必要な場合 独居の為、ご本人に直接電話をお願いします。午前中は、在室されています。	
	生年月日	昭和 4 年 1 月 1 日 88 歳	氏名(続柄)		
	認定結果	元号あるいは西暦を記入する。 要支援1 ・ 要支援2	被保険者番号	11*****	
	有効期限	H 30 年 1 月 1 日 から H 30 年 12 月 31 日 まで		利用者負担割合	1 割

特記事項

2年前、右大腿骨頸部骨折し手術をしました。退院後は、訪問介護のサービスを利用していましたが、直近の3ヶ月は、ほぼ日常生活は自立しているので、介護保険のサービスは利用していません。更新の結果、要支援1に認定されました。
宜しくお願い致します。

居宅介護支援事業所: MYケアセンター

担当者: 千代田フジ子

TEL: 0123-456-789

FAX: 0123-456-789