

介護保険施設入所（入院）・ショートステイ利用連絡票

[FAX送信表] ファックス番号(23)4521

年 月 日

大田原市保健福祉部高齢者幸福課

介護サービス係 様

介護保険施設名 居宅介護支援事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の者が新規に {入所・入院・ショートステイ} しますので、介護保険負担限度額認定申請等のため、利用者負担段階について回答願います。

記

	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	住 所	配偶者の有無	※利用者負担段階	備 考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※市記入欄