

進捗情報依頼用FAX

令和 年 月 日

受付時間: 9:00~12:00(休庁日を除く)

依頼元

事業者名

電話

番号

FAX

番号

返信元

佐野市役所 介護保険課 介護認定係

FAX番号 0283-21-3254

電話番号 0283-20-3022

依頼元事業者様は本人、家族に確認の上、太枠の部分を記入しファックスしてください。

下記の対象者について本人、家族に確認したところ、30日過ぎても認定結果通知が未着のため進捗状況をお知らせください。

記

対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		
対象者氏名	被保険者番号	申請日	主治医意見書	審査予定日	備考
			有 無		

上記内容を電話にて依頼日の翌日午後にお問合せください。