令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

加古川市地域包括支援センター○○○　印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼書

下記の対象者のケアマネジメントを依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　対象者 |  |
|  |
| ２　被保険者番号 |  |
| ３　住　　 所 | 〒 |
| ４　電話番号 |  |
| ５　その他 |  |

加古川市介護保険課に主治医意見書・認定調査票を請求される場合は、この依頼書のコピーを添付してください。

【問合せ先】

加古川市地域包括支援センター○○○

住所：加古川市○○○

電話：079-