

介護認定審査前の状況照会表

年 月 日

居宅介護支援事業所名 _____

担当者名 _____

TEL _____

FAX _____

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮	被 保 険 者 番 号							被保険者の 同意		照 会 事 項							
										申請の有無		調査書の有無		主治医意見書 入手の有無		介護認定審査会 の審査予定日	
①								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
②								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
③								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
④								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑤								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑥								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑦								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑧								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑨								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑩								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑪								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑫								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑬								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑭								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定
⑮								有	無	有	無	有	無	有	無	/	未定

※注意 1 太枠内の被保険者番号は、確認してから正確に記入してください。また、被保険者の同意欄は、状況照会について同意を得たうえで、「有」に○印を記入してください。
「無」に印がある場合や、未記載の場合はお答えできません。

送信先 たつの市役所 高年福祉課 FAX 0791-63-0863
 新宮総合支所 地域振興課 FAX 0791-75-0264
 揖保川総合支所 地域振興課 FAX 0791-72-6076
 御津総合支所 地域振興課 FAX 079-322-2625

各総合支所でも
お答えしております