

# 相談票

年 月 日

事業所情報 (必須)	事業所名											保険者受付印				
	事業所担当者															
	電話番号	— —														
サービス種類 (必須)	( サービス種類を記載 例：地域密着型通所介護 )															
	※訪問介護（生活援助）、短期入所生活介護（半数超え）、福祉用具貸与（軽度者）については、各専用の様式をご使用ください。															
利用者情報 個別ケースの相談の場合に記載	氏名					被保険者番号										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(	歳)									
	要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	事業対象者												

相談内容													
内容詳細  ※書ききれない場合は別紙にご記入ください。	<input type="checkbox"/> 新規相談 <input type="checkbox"/> 継続 ( 年 月 日相談済)												
	.....												
	.....												
	.....												
	.....												
	.....												
	.....												
	.....												
	.....												
	.....												
回答希望日	年	月	日	※回答までに5日程度時間を要しますので、余裕を持って提出してください。								保険者確認印	
<input type="checkbox"/> 一般論としての回答であるため、同様の案件について適用可能です。 <input type="checkbox"/> 個別案件に対する回答であるため、他の相談案件には適用できません。													
保険者回答													

内容詳細

Area with horizontal dashed lines for writing content.