

要 介 護 認 定 調 査 報 告 書

(事業者番号 居・施 0000_____)

岡 山 市 長	受託者	所在地	担 当 者	氏 名
		名 称		
		職氏名 (印)		T E L ()
		(事業所・施設名)		F A X ()
令和 年 月 日				

要介護認定調査業務委託契約書 第17条第1項の規定に基づき、要介護認定調査報告書に請求書を添付し、次のように提出します。

No.	調 査 対 象 者		要介護認定の申請日	市からの調査依頼日	調査日	調 査 従 事 者		区 分		備 考 (調 査 時 間)
	被保険者番号	氏 名				氏 名	調査員No.	在宅	施設	
1			/	/	/					(: ~ :)
2			/	/	/					(: ~ :)
3			/	/	/					(: ~ :)
4			/	/	/					(: ~ :)
5			/	/	/					(: ~ :)
6			/	/	/					(: ~ :)
7			/	/	/					(: ~ :)
8			/	/	/					(: ~ :)
9			/	/	/					(: ~ :)
10			/	/	/					(: ~ :)
11			/	/	/					(: ~ :)
12			/	/	/					(: ~ :)
13			/	/	/					(: ~ :)
14			/	/	/					(: ~ :)
15			/	/	/					(: ~ :)

<p><注意事項></p> <ul style="list-style-type: none"> * 報告書は、要介護認定調査委託契約・請求の手引に従って、提出してください。 * 受託者欄には委託契約書または委任状と同一のものを押印してください。 * 調査従事者欄の調査員No.は要介護認定調査従事者名簿の番号を記入してください。 * 区分欄の在宅・施設は該当に○印を記入してください。 * 訂正される場合は、二重線で抹消のうえ訂正され、受託者(委任状提出の場合は代理人印)の押印をお願いします。修正液による訂正は不可となります。 	<p><提出先></p> <p>〒700-8546 岡山市北区鹿田町一丁目1番1号 (保健福祉会館7F) 介護保険課 管理係 TEL 086-803-1240</p>
--	---