|  |  |
| --- | --- |
| **送信日** | **令和　　年　　月　　日** |
| **送信先** | 　　　　　　　 |
| **大牟田市福祉課介護保険認定担当　行** |
| **FAX番号（０９４４）４１－２６６２** |



市記入欄

【大牟田市公式キャラクター】

　　　　ジャー坊

|  |
| --- |
| 下記申請者の要介護等認定申請の結果通知の受領については、窓口受取でお願いします。 |
| 　 |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記 |
|  |
| 　　認定申請日　　：　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 　　被保険者　氏名　　：　（　　　　　　　　　　　　） |
| 　　窓口受取者氏名　　：　（　　　　　　　　　　　　） |
| 　　 |
| 　　【ＦＡＸ送信者】 |
| 　　事業所名：　（　　　　　　　　　　　　） |
| 　　担当者名：　（　　　　　　　　　　　　） |
| 　　電話番号：　（　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 　≪留意事項≫ |
| 窓口受取は審査会日の翌日１１時以降にお願いします。以下のものをご持参ください。　 |
| 　・被保険者の本人確認書類（資格者証や健康保険証など） |
| 　・窓口に来られる方の本人確認書類（運転免許証、健康保険証など） |
|  |