下記の利用者様の介護保険被保険者証を、代理受領したくよろしくお願いいたします。

審査会　　　　　年　　月　　日

（認定日　　　　　年　　月　　日分）

　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　事業所

　　　　　　　　　　　　担　当

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏名 | 生年月日 | 区分 | 代理人届 | 理由「早急にケアプラン作成、サービス担当者会議開催が必要」など具体的に記入願います。 |
|  |  |  | 新規・更新・区変 | 提出済 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※認定結果が要支援状態となった場合は、地域包括支援センターより介護保険証の写しを受領いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受取年月日　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受取人