

令和 元年 XX月 XX日

介護保険 主治医意見書提出依頼書

次の者について同封の「介護保険主治医意見書」を記入の上、令和 元年 月 日までにご返送ください。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0									
	フリガナ													
	氏 名											生年月日		
												性 別		
住 所														

※ 介護認定審査会の中で、主治医意見書内容について再確認させていただくことがありますので、その際にはご協力をお願いします。

問い合わせ先及び返送先

越谷市 介護保険課

〒343-8501 埼玉県越谷市越ヶ谷四丁目2番1号

TEL (代表) 048-964-2111

(直通) 048-963-9125