

(事業所用)

年 月 日

八頭町長 様

《事業所名》

住 所

事業所名

㊞

(担当者名)

介護サービス給付に係る情報提供について

このことについて、下記の方より当事業所に居宅サービス計画・施設サービス計画等の作成依頼等がありました。

つきましては、八頭町が保有されている情報の提供をお願いいたします。

記

《対象者》

住所：

氏名：

《対象者の情報》

介護認定調査票の写し

主治医意見書の写し