第　　　号

　　年　月　日

　　　　　様

丸亀市長

介護保険　診断命令書

　　　　年　　月　　日にあなたが行った申請について、介護保険法に基づき要介護認定・要支援認定等を行うにあたって、医師の意見を求める必要があるので、下記のとおり受診してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | |  | 被保険者氏名 |  |
|  | |  | | |
| 診断を行う医療機関 | 名称 |  | | |
| 担当医師名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
|  | | | | |
| ※診断を受ける日時  あるいは期間 | |  | | |
| ※診断を受ける場所 | |  | | |

１．診断を受けるときは、この書類を医療機関に提示してください。

２．指定をした日時に診断を受けることができない場合は、診断を受ける医療機関及び市役所　　　　課の両方に必ず連絡してください。

３．この診断を受けないときは、介護保険法第２７条第１０項等の規定により、あなたの要介護認定・要支援認定等の申請が却下されることがあります。

問合わせ先

丸亀市役所　　　　　　　　課