別記様式第9号（第7条第4項、第8条第5項、第9条第1項、第10条第2項関係）

介護保険　診断命令書

和　　　　　第　　　　号

年　　月　　日

様

和寒町長　　　　　　　　　　　印

年　　月　　日にあなたが行った介護保険法の規定に基づき要介護認定・要支援認定を行うにあたって、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下さい。

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和寒町保健福祉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12項等の規定により、あなたの要介護認定・要支援認定の申請が却下されることがあります。

○問い合わせ先

和寒町保健福祉課（保健福祉センター）

住　　所　　和寒町字西町１１１番地

電話番号　　０１６５－３２－２０００