第　　　　　　号

　年　月　日

○○市（町村）長

**介護保険　主治医意見書提出依頼について**

次の者について同封の「介護保険主治医意見書」を記入のうえ、主治医意見書提出期限までに

ご返送ください。

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |