第　　　　　　号

　年　月　日

○○市（町村）長

**介護保険　要介護認定訪問調査依頼について**

要介護認定訪問調査を次のとおり依頼します。

１　要介護認定調査票は、所定の様式又はマークシートにより必ず期限までに提出してください。

２　期限までに調査を完了しない見込みであるときは、○○市（町村）介護保険課まであらかじめ

報告のうえ、指示を受けてください。

３　この調査を第三者に再委託することはできません。

４　調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。

５　調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。

６　本市（町村）が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更又は中止することがあります。

７　上記のほか、本調査に関しては介護保険法その他関係法令及び本市（町村）介護保険条例並びに

委託契約に定めるところに従い実施してください。

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |

＊　居宅介護支援業者等には介護保険施設含む。