第　　　　　　号

　年　月　日

○○市（町村）長

**介護保険　診断命令書**

認定申請日にあなたが行った申請について、介護保険法の規定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、以下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（町村）

介護保険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

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |

認定等の申請が却下されることがあります。