

# FAX送信状

送信日 令和 年 月 日

送信先 大牟田市福祉課介護保険認定担当 行

FAX 番号 (0944) 41-2662

下記申請者の要介護等認定申請の結果通知の受領については、窓口受取でお願いします。

記

申請日 : 令和 年 月 日

被保険者氏名 : ( )

窓口受取者氏名 : ( )

## 【FAX送信者】

事業所名 : ( )

担当者名 : ( )

電話番号 : ( )

## 《留意事項》

窓口受取は審査会日の翌日11時以降にお願いします。以下のものをご持参ください。

- ・被保険者の本人確認書類（資格者証や健康保険証など）
- ・窓口に来られる方の本人確認書類（運転免許証、健康保険証など）

市記入欄



【大牟田市公式キャラクター】

ジャー坊