

# 要介護認定訪問調査受託申出書

令和 年 月 日

千葉市長 宛

申出者 住 所  
電 話 番 号  
法 人 名  
代 表 者 名

千葉市から委託を受けた要介護認定の訪問調査について受託いたします。

|   |                    |               |                        |
|---|--------------------|---------------|------------------------|
| 1 | 介護保険事業者番号          |               |                        |
|   | 事業所                | 名 称           | フリガナ<br>-----          |
|   |                    | 所在地<br>(作業場所) | 〒 -                    |
|   |                    | 連絡先           |                        |
|   |                    | E-mail        |                        |
|   |                    | 管理者名          | フリガナ<br>-----          |
|   | 介護支援専門員 常勤 人 非常勤 人 |               |                        |
|   | 受託状況               | 受託期間          | 令和 年 月 日 ~ 令和 9年 3月31日 |
|   |                    | 調査可能件数        | 一か月あたり 件               |
|   |                    | 備考            |                        |

※同法人において複数の事業所の受託申出がある場合、下記のとおり他事業所分もご記入願います。  
(裏面にもあります。)

|   |           |                    |               |
|---|-----------|--------------------|---------------|
| 2 | 介護保険事業者番号 |                    |               |
|   | 事業所       | 名 称                | フリガナ<br>----- |
|   |           | 所在地<br>(作業場所)      | 〒 -           |
|   |           | 連絡先                |               |
|   |           | 介護支援専門員 常勤 人 非常勤 人 |               |
|   | 受託状況      | 調査可能件数             | 一か月あたり 件      |

裏面に続く

|   |           |                                                        |                                           |
|---|-----------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 3 | 介護保険事業者番号 |                                                        |                                           |
|   | 事業所       | 名 称                                                    | フリガナ<br>-----                             |
|   |           | 所在地<br>(作業場所)                                          | 〒            -                            |
|   |           | 連絡先                                                    |                                           |
|   |           | 介護支援専門員    常勤            人            非常勤            人 |                                           |
|   | 受託<br>状況  | 調査可能件数                                                 | 一か月あたり                                  件 |

|   |           |                                                        |                                           |
|---|-----------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 4 | 介護保険事業者番号 |                                                        |                                           |
|   | 事業所       | 名 称                                                    | フリガナ<br>-----                             |
|   |           | 所在地<br>(作業場所)                                          | 〒            -                            |
|   |           | 連絡先                                                    |                                           |
|   |           | 介護支援専門員    常勤            人            非常勤            人 |                                           |
|   | 受託<br>状況  | 調査可能件数                                                 | 一か月あたり                                  件 |

|   |           |                                                        |                                           |
|---|-----------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 5 | 介護保険事業者番号 |                                                        |                                           |
|   | 事業所       | 名 称                                                    | フリガナ<br>-----                             |
|   |           | 所在地<br>(作業場所)                                          | 〒            -                            |
|   |           | 連絡先                                                    |                                           |
|   |           | 介護支援専門員    常勤            人            非常勤            人 |                                           |
|   | 受託<br>状況  | 調査可能件数                                                 | 一か月あたり                                  件 |

|   |           |                                                        |                                           |
|---|-----------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 6 | 介護保険事業者番号 |                                                        |                                           |
|   | 事業所       | 名 称                                                    | フリガナ<br>-----                             |
|   |           | 所在地<br>(作業場所)                                          | 〒            -                            |
|   |           | 連絡先                                                    |                                           |
|   |           | 介護支援専門員    常勤            人            非常勤            人 |                                           |
|   | 受託<br>状況  | 調査可能件数                                                 | 一か月あたり                                  件 |