|  |  |
| --- | --- |
| **F　A　X　送　付　票** | |
| **送信先** | **（団体名）　コーディネーター様** |
| **送付年月日** | **令和●年●月●日（●）** |
| **内容** | **神戸市住民主体訪問サービスの利用者情報について** |
| 被保険者番号：  ケアマネジメント：従来型・簡易型・セルフ型（いずれかに○）  面接日：令和●年●月●日 | |
| **送信元：**  **●●あんしんすこやかセンター　　　担当）●● 　　　〒○○○―○○○○　神戸市○○区○○○○　 　　　　　　TEL：　　　　　　　 FAX：** | |