

介護保険の要介護認定等に係る情報提供申請書

平成 年 月 日

下野市長 様

私は、介護保険の要介護認定等に関する資料について、下記のとおり提供されるよう申請します。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

申請者	氏名	事業者名およびケアマネ名を記入し、ケアマネの押印をしてください 印		
	住所 (所在地)			
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(本人との続柄) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 主治医		
被保険者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所			
提供資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 介護認定判定結果		提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付

※ 両面印刷をし、赤枠内を記入・押印のうえ申請。

なるべく事前に電話を。(高齢福祉課 0285-52-1115) 用意しておきます。

処理経過欄	受付印	主治医への照会・回答		提供方法・提供日	備考
		照会文書 発送日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	
		回答日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	