要介護認定等情報提供申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | 生年月日 | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用目的 | 施設入所申込みのため  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出先及び申請書類  ※主治医意見書については、主治医の同意が必要となります。 | | | | 町記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出先 | | 認定  調査票 | 主治医  意見書 | 同意確認欄 | | | | | | 交付確認欄 | | | | | | | | | | |
| 確認依頼送付 | | 同意の確認 | | | | 認定調査票 | | | | | | 主治医意見書 | | | | |
|  | |  |  | /　　印 | | /　　印 | | | | /　　印 | | | | | | /　　印 | | | | |
|  | |  |  | /　　印 | | /　　印 | | | | /　　印 | | | | | | /　　印 | | | | |
|  | |  |  | /　　印 | | /　　印 | | | | /　　印 | | | | | | /　　印 | | | | |
|  | |  |  | /　　印 | | /　　印 | | | | /　　印 | | | | | | /　　印 | | | | |
| 毛呂山町長　あて  　　上記のとおり情報提供を申請します。  令和 年 月 日  住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との関係（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　申請者の本人確認ができるもの（個人番号カード等の公的機関が発行した写真付きのものは１点。それ以外のものは2点以上）を提示してください。

同意欄（被保険者本人が申請者の場合は記入不要）

|  |
| --- |
| 上記の要介護認定等情報について、申請者に提供することに同意します。  令和 年 月 日  　　氏　名  （被保険者） |
| 被保険者本人が自署できない場合  住所  　代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  （親族）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 被保険者との関係（　　　　　　　） |

町記入欄

|  |
| --- |
| 申請者の本人確認  １点でよいもの：個人番号カード　運転免許証  複数必要なもの：健康保険証　診察券　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |