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（　　　　　　　　　　　　　　） |