

様式第1号（第4条関係）

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	<input type="checkbox"/> 施設入所申込みのため <input type="checkbox"/> その他（ ）																							
認定日	令和 年 月 日																							
提出先及び申請書類 <small>※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。</small>										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				
					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					/ 印 / 印					/ 印 / 印				
					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					/ 印 / 印					/ 印 / 印				
					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					/ 印 / 印					/ 印 / 印				
					<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					/ 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 <small>（被保険者）</small>
--

被保険者本人が自署できない場合

住所 代筆者 電話番号 <small>（親族）</small> 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： <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 複数必要なもの： <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--