

# 要介護認定等情報提供申出書

令和 年 月 日

知 内 町 長 様

下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるよう申し出ます。

申 出 者	氏 名 (代表者名)	被保 険者 との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（子） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設
	事業者名 施設名		
	住 所	〒 電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号												
	氏 名	生年月日											
		性 別											
住 所	電話番号												

提 供 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 ( <input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項 )
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書

被 保 険 者 の 同 意	私は、上記の申出者に「提供資料」欄に記載のある資料について、提供することに同意します。  氏 名 _____ (印)
---------------------------------	--

..... 以下は記載しないでください .....

※事務処理欄

提供年月日		備考欄	
-------	--	-----	--

※受付印

--