情報提供申請書（介護サービス・介護予防サービス計画作成用）

足立区長　　年　　月　　日

管理番号

事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話 ＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

介護サービス・介護予防サービス計画作成に必要な為、下記の者について要介護認定関係資料を請求します。

◆太枠の中をご記入ください◆

No	被保険者番号	氏名	認定日	希望書類		サービス計画	同意	備考
1		フリガナ	．　．	調査票		有 ・ 無	本人同意 ・ 無	
				意見書			医師同意 ・ 無	
2		フリガナ	．　．	調査票		有 ・ 無	本人同意 ・ 無	
				意見書			医師同意 ・ 無	
3		フリガナ	．　．	調査票		有 ・ 無	本人同意 ・ 無	
				意見書			医師同意 ・ 無	
4		フリガナ	．　．	調査票		有 ・ 無	本人同意 ・ 無	
				意見書			医師同意 ・ 無	
5		フリガナ	．　．	調査票		有 ・ 無	本人同意 ・ 無	
				意見書			医師同意 ・ 無	
6		フリガナ	．　．	調査票		有 ・ 無	本人同意 ・ 無	
				意見書			医師同意 ・ 無	
7		フリガナ	．　．	調査票		有 ・ 無	本人同意 ・ 無	
				意見書			医師同意 ・ 無	
8		フリガナ	．　．	調査票		有 ・ 無	本人同意 ・ 無	
				意見書			医師同意 ・ 無	

※　書類受取りの際は、所属事業所の身分証をご提示ください。

※　請求は窓口または郵送にてお願いします。

※　**申請につきましては、<u>必要な情報の認定日を忘れずに記入</u>してください。**
認定結果決定後の提出にご協力お願いいたします。

※　交付予定日（4営業日後）

※　**<u>2ヶ月</u>**過ぎても受け取りの無い申請書は、**<u>破棄</u>**させていただきます。

収受印

受取日	年　　月　　日
事業者名	
受領者名	

【チエック欄】

給付係〔　／　〕

身分証〔　　〕

処理担当職員〔　　〕

◆認定調査票と主治医意見書は大切な個人情報です◆

◆個人情報の取り扱いは、厳重に注意を払うようにお願いいたします◆