

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、必要な情報の認定日を忘れずに記入してください。
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)

※ 2ヶ月過ぎても受け取りの無い申請書は、破棄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	

【チェック欄】

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◆