

介護保険要介護・要支援認定関係資料情報提供申請書(複写)

外ヶ浜町長 様

介護(予防)サービス計画を作成するため、下記の資料の複写を申請します。

年 月 日

1. 申請者

氏 名	
事業所名	
住所 事業所所在地	〒 ー 電話
被保険者との関係 ☑を付けてください	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 (                      ) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設関係者 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 主治医意見書を記載した医師

2. 申請資料 ①認定調査票 ②主治医意見書 ③その他(認定情報(事務局用))

被保険者番号	氏 名	生年月日	資料(番号記入)	備 考

【注意事項】

- (1) 資料を必要とする日の概ね7日前までに申請書を提出してください。
- (2) 本人確認書類※)を提示またはコピーを添付し申請してください。  
※) 運転免許証、健康保険証、介護支援専門員証 など
- (3) 郵送請求する場合は、本人確認書類のコピーと、切手を貼った返信用封筒を同封してください。

事務処理欄 ※記入しないでください。

<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
---