

※ 決 裁 欄	課 長	副 課 長	課 員	担当者

令和 年 月 日

本請求について、次のとおり情報を提供してよいか伺います。

提供件数	件 (内訳 別紙のとおり)
------	---------------

要介護認定等に係る個人情報提供依頼書

鏡石町長 様

令和 年 月 日

介護サービス計画作成のため、次のとおり要介護認定に係る情報提供について依頼します。

提 供 依 頼 者	居宅介護支援事業者 ・サービス事業者 又は介護保険施設名	
	所在地	
	電話番号	
	担当者氏名	

注 ※の欄は記入しないで下さい。

要介護認定等に係る情報提供依頼一覧

被 保 険 者				※ 町 処 理 欄				
被保険者番号	氏 名	生年月日	性 別	住 所	提供依頼する情報	本人同意確認	主治医同意確認	写しの 交付
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		明・大・昭 年 月 日	男・女		認定調査票、主治医意見書、 一次判定結果、その他()	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し