

情報提供依頼書

年 月 日

湯梨浜町長 様

(居宅介護支援事業者・介護保険施設・申請者等)

(郵便番号)

(所在地・住所)

(名称・氏名) 印

(続柄)

(電話番号)

介護保険サービス計画作成・特別養護老人ホーム入所申込に必要なため、下記のとおり要介護認定関係資料の情報提供をお願いします。

また、提供を受けた情報は、個人のプライバシーに関する情報であることを十分認識し、その管理及び取り扱いには細心の注意を払い、上記の目的以外には使用しません。

記

	被保険者番号	住 所	被保険者氏名	提供資料 (必要なものに○)
1		湯梨浜町		1 介護認定調査票 2 主治医意見書
2		湯梨浜町		1 介護認定調査票 2 主治医意見書
3		湯梨浜町		1 介護認定調査票 2 主治医意見書
4		湯梨浜町		1 介護認定調査票 2 主治医意見書
5		湯梨浜町		1 介護認定調査票 2 主治医意見書
6		湯梨浜町		1 介護認定調査票 2 主治医意見書
7		湯梨浜町		1 介護認定調査票 2 主治医意見書
8		湯梨浜町		1 介護認定調査票 2 主治医意見書
			受 取	受取日
				受印

※ 郵送希望の場合は返信用封筒を同封してください。

※ 本人確認した場合は余白にその旨記載してください。