

別記様式(第4条関係)

要介護認定等の資料提供に係る申出書

年 月 日

阿蘇市長 様

私は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるよう申し出ます。

なお、資料の提供を受けた際は、阿蘇市介護保険要介護認定等に係る情報提供要綱に規定する遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約します。

申 出 者	事業者・施設名及び 代表者氏名	①
	住 所	〒
	(電 話 番 号)	(電話： — —)
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
	(電 話 番 号)	
提 供 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査・基本調査)	
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項)	
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	

介護保険窓口にて資料を受け取った際、ご記入ください。

※郵送の場合は事前に記入すること。

資料 受領者名	(職・氏名)
---------	--------

対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		
対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		
対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		
対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		
対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		
対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		
対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		
対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		
対象者名	被保険者 番号																		
	※医師の同意 : 有 ・ 無 対象者名																		