

要介護認定に係る情報提供申請書

被 保 険 者	フリガナ			保険者番号		1	4	3	6	1	0	
	氏 名			被保険者番号								
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	性 別	男 ・ 女					
	住 所	〒 _____ 電話番号 () _____										
申 請 者	住 所	〒 _____ 電話番号 () _____										
	氏 名				被保険者との関係							
	事業者名											
申請の理由												
中井町長		年 月 日										
請求する情報		次のとおり、要介護認定に係る情報の提供を申請します。										
備 考		1. 認定調査結果 2. 主治医意見書 3. その他 ()										

※ 申請する被保険者が複数の場合は別紙に記入のうえ添付して下さい。
 ※ 申請者が居宅介護支援事業者等の場合は、指定事業者の許可証の写し、被保険者との契約書の写し、身分証明書等の提示が必要となります。