要介護認定及び要支援認定者に係る情報提供申請書

　中井町長　殿

　申請日　　　　　年　　月　　日

　次のとおり、要介護認定及び要介護支援認定結果について情報提供を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | ふりがな  氏名 |  |
| 住所 | 神奈川県足柄上郡中井町 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申 請 者 | 事業所名等 |  |
| 住所 | 〒 |
| 申請内容 | ・１次判定結果　　　　　　　・認定結果 |

　介護保険要介護（要支援）認定前にサービスを利用するために必要がある場合は、上記申請者が一次判定結果及び認定結果を中井町介護保険から収集することに同意します。

　※直筆による署名としてください。代筆による署名の場合、被保険者と代筆者の氏名を記載ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　

要介護認定及び要支援認定情報

　　　　年　　月　　日

申請のありました標記の件につきまして、下記のとおり情報提供します。

①１次判定結果

　・要支援１　・要支援２　・要介護１　・要介護２　・要介護３　・要介護４　・要介護５

②認定結果

　・要支援１　・要支援２　・要介護１　・要介護２　・要介護３　・要介護４　・要介護５

③有効期間

　　　　　　年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日