

第1号様式

要介護認定に係る情報提供申請書

令和 年 月 日

西川町長 様

要介護認定情報の提供を申請します。

備考 太枠内を記入し、該当箇所(□)に「✓」印をつけてください。

申出者	氏名				
	住所及び電話番号	電話番号 ()			
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族等 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
被保険者	氏名		被保険者番号		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所及び電話番号	〒990-07 西川町大字 電話番号 ()			
情報提供の申請にかかる要介護認定関係資料		<input type="checkbox"/> 一次判定結果 (コンピュータにより出力された基本調査情報の記載された介護認定審査会資料) <input type="checkbox"/> 認定調査票の特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書			
町 確 認 欄	同 意 確 認	本人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		受付者氏名	
		主治医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			