神栖市介護保険の要介護認定等に係る情報提供申出書

年　　月　　日

神 栖 市 長　　様

申請者	氏　　名 （申　請　者）	
	事業所又は施設の 名　　称	電話番号　　（　）
	住　　所 （所　在　地）	〒
	被 保 険 者 と の 関　　係	□ 本人　　□ 介護保険施設 □ 家族（続柄　　）　・介護老人福祉施設・介護老人保施設 □ 居宅介護支援事業所　・介護療養型医療施設 □ 認知症対応型共同生活介護　□ 地域包括支援センター □ 地域密着型特定施設入居者生活介護

※本人との関係の確認書類（□身分証明書 、□医療保険被保険者証、□その他）

下記の介護保険の被保険者に係る要介護認定に関する資料について、提供されるよう申し出します。

なお、資料の提供を受けた際は、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

記

被保険者	氏　　名		被保険者 番　　号	
	生年月日	年　　月　　日	性　　別	男　・　女
	住　　所	〒		
提供資料	□ 認定情報（一次判定） □ 認定調査票（概況・特記事項） □ 主 治 医 意 見 書 □ 被 保 険 者 証 の 写 し			