要介護認定等情報提供申出書

年 月 日

小国町長 殿

下記の方の居宅(介護予防)サービス計画作成に必要な要介護認定等に係る情報について、資料を提供されるよう申し出ます。

なお、情報提供を受けるにあたっては、裏面の注意事項を遵守することを誓約いたします。

申出者	事業所又は施設	名称			
		住所	〒		
		電話番号	() -		
担当介護支援専門員氏名					
被保険者	フリガナ氏名			被保険者番号	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
	住所				
提供を求める資料	☐ 認定調査票(概況調査・基本調査・特記事項) 閲覧・写し ☐ 主治医意見書(主治医の同意がない場合は開示できません) 閲覧・写し				

※ 閲覧のみの場合は、同意欄の記載は必要ありません。

同意欄

私は、上記の申出者に小国町の所有する要介護認定等に係る私の情報のうち、「提供を求める資料」欄の情報を提供することについて同意します。

居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書等で同意あり(写しを添付・下記署名等省略)

本人署名	(※)氏名を自署してください。本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
------	---

代理人署名	(※)氏名を自署してください。本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	本人との関係	
住所			
電話番号	() -		

※ 次の欄には記入しないでください。

処理欄

決裁日付	課長	室長	主査	係長	係	係確認欄
	専決					☐ 申請書の確認 ☐ 主治医の同意欄確認 ☐ 代理人の確認