No.

（任意様式）

要介護認定等に係る情報提供申込書

令和　　年　　月　　日

紫波町長　鎌 田　千 市　　様

次のとおり要介護認定等にかかる情報の提供を申し込みます。

申込者	代表者氏名	事業者指定番号
	フリガナ	
		対象者との関係
		□ 指定居宅介護支援事業者 □ 介護保険施設 □〔　　〕
	事業者等の名称及び住所	
	TEL　　（　　）	

No	対象者氏名	性別	生年月日	被保険者番号	担当ケアマネージャー名
1		男・女	明・大・昭　年　月　日		
2		男・女	明・大・昭　年　月　日		
3		男・女	明・大・昭　年　月　日		
4		男・女	明・大・昭　年　月　日		
5		男・女	明・大・昭　年　月　日		
6		男・女	明・大・昭　年　月　日		
7		男・女	明・大・昭　年　月　日		
8		男・女	明・大・昭　年　月　日		
9		男・女	明・大・昭　年　月　日		
10		男・女	明・大・昭　年　月　日		

提供資料		
	□ 介護認定審査会資料（基本調査結果）	
	□ 認定調査票（特記事項）	□ 主治医意見書
提供方法	□ 資料閲覧	□ 写しの交付

※町処理欄	身分確認	決裁	課長	副課長	担当者	摘要
						申込の際は、相手方に名札・職員証等の提示を求め、身分を確認すること。

●交付年月日　令和　　年　　月　　日　　●交付対象者氏名