

情報提供申請書

年 月 日

高知市長様

介護サービス計画を作成するために必要ですので、下記書類の提供を申請します。なお、資料の提供を受けた際は、申請目的以外の用途には使用せず、私の責任で資料を適正に管理します。

申請者	事業者名 (事業所管理者名及び代表者名)		本人との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	事業所・施設の名称			<input type="checkbox"/> 介護保険施設
	住所または事業所所在地			<input type="checkbox"/> 特定施設
				<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型
				<input type="checkbox"/> その他()

被保険者	被保険者番号		希望提供資料	<input type="checkbox"/> 認定情報 (事務局用)	
	氏名			印 ※注	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項)
	生年月日	M・T・S 年 月 日			<input type="checkbox"/> 主治医意見書
	住所				

認定申請中の場合は、下記にチェックをしてください。(申請と同時に提出するときは、必ずチェックしてください。)

- 現在の認定情報(申請前の認定情報) 結果後の認定情報(申請中の認定情報)

※) 情報提供のための本人同意確認のため、押印してください。認定申請書で、あらかじめ同意していただいている方は、押印不要です。

※ 裏面の注意事項をよく読んで、申請してください。

※) 施設入所の場合は、必ず入所日をご記入ください。 入所日 → 年 月 日

受付	審査会	送付	担当者会	居宅届
	/	/		

< 問い合わせ先 >
 高知市役所 介護保険課 認定係
 〒780-8571 高知市本町5-1-45
 TEL: 088-823-9931