

## 介護保険認定関係情報提供請求書

令和 ●年 ●月●●日

古河市長 宛て

請求者	氏名	●●● ●● (印)
	生年月日	昭和●●年 ●●月 ●日生
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 任意代理人
	住所	●●県●●市●●1234-5
	電話番号	0123-45-6789

次の被保険者の介護保険認定関係情報の提供（写しの交付 写しの交付郵送）を請求します。

被保険者	住所	古河市■■■5432-10
	氏名	■■■ ■■■
	生年月日	昭和■■■年 ■月 ■日生
提供事項	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・基本調査） <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書	
提供目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画又は介護予防サービス計画作成のため。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所申込みのため。	

※ 請求の際は、請求者本人の本人確認書類（運転免許証等）及び被保険者との関係を証する書類を提示し、又は提出してください。

確認欄	請求者確認	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 続柄確認の提示 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	本人同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	主治医意見書同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

担当者（ ）