様式第１号（第５条関係）

介護保険認定関係情報提供請求書

年　　　月　　　日

　古河市長　　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | ㊞ |
|  | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 請求者 | 被保険者  との関係 | ☐　本人　　　　　　☐　法定代理人  ☐　任意代理人 |
|  | 住　　所 |  |
|  | 電話番号 |  |
| 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。 | | |
|  | 住　　所 |  |
| 被保険者 | 氏　　名 |  |
|  | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 提供事項 | ☐　認定調査票（概況調査・基本調査）  ☐　認定調査票（特記事項）  ☐　主治医意見書 | |
| 提供目的 | ☐　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。  ☐　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 | ☐　身分証明書　☐　続柄確認の提示　☐　その他（　　　　　） |
| 本人同意 | ☐　あり　　　☐　なし |
| 主治医意見書同意 | ☐　あり　　　☐　なし |

担当者（　　　　　　　　　　）