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

請 求 者	氏　　名	㊞
	生年月日	年　　月　　日生
	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。

被保険者	住　　所	
	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（　　）