

要介護認定等情報提供申出書

年 月 日

滝川市長様

申出者 住所  
氏名  
電話

次のとおり要介護認定等に関する情報の提供を申し出します。

|                         |                                                                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申し出ようとする要介護認定等情報の件名又は内容 | <input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 提供の方法                   | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付                                                           |

※代理人が申し出る場合は、次の欄にも記入してください。

|                |                                                                                                     |  |      |       |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-------|
| 本人の住所、氏名及び生年月日 | 住 所                                                                                                 |  |      |       |
|                | 氏 名                                                                                                 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 本人との関係         | <input type="checkbox"/> 親族（続柄 ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br>本人が請求できない理由を記入してください。<br>〔 〕 |  |      |       |

※代理人による申出の場合は、下記同意欄への記入・押印が必要です。

滝川市長様

本人同意欄

私は、上記の申出者に私の要介護認定等情報を提供することに同意します。

年 月 日

(本人) 氏名 印

(※自署の場合は押印不要)

【代筆】氏名 印

(本人との関係 )

注 該当する□欄にレ印を付け、必要事項を記入してください。

|             |                                                                                                                                                                      |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本人及び代理人確認方法 | <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 公的年金手帳<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|