

# 介護サービス計画作成のための認定情報提供請求書

吉 岐 市 長 様

年 月 日

住 所

事業所名

申請者（介護支援専門員）

下記の者に関する介護サービス計画作成のため、認定情報の提供を申請します。  
 なお、提供された情報については、目的外に使用しないことを誓約し、守秘義務を遵守します。

				今回計 / 今年度計
				/
被保険者番号	0 0 0 0	生年月日	必要な情報	※ 保険者整理欄
氏 名		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	枚数 枚 計
住 所			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	枚数 枚 枚
被保険者番号	0 0 0 0	生年月日	必要な情報	※ 保険者整理欄
氏 名		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	枚数 枚 計
住 所			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	枚数 枚 枚
被保険者番号	0 0 0 0	生年月日	必要な情報	※ 保険者整理欄
氏 名		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	枚数 枚 計
住 所			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	枚数 枚 枚
被保険者番号	0 0 0 0	生年月日	必要な情報	※ 保険者整理欄
氏 名		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	枚数 枚 計
住 所			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	枚数 枚 枚

※郵送請求の場合は、この申請書と身分を確認できるもの（職員証など）の写しと返信用封筒（110円切手を貼ったもの）を同封して下記まで送付してください。

送付先：〒811-5392  
 長崎県吉岐市芦辺町芦辺浦562番地 吉岐市保険課 介護保険班 宛