

様式 1

鹿沼市介護保険要介護認定等に係る個人情報請求書

年 月 日

鹿沼市長 宛

鹿沼市介護保険要介護認定等に係る個人情報請求に関する要領第8条を遵守し、介護サービス計画等を作成等するため、次のとおり申請します。

被保険者	番号							生年月日	年	月	日	
	氏名							住所				
必要な帳票等	月 日審査会分 ・											
	<input type="checkbox"/> 認定情報(事務局用)			<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査・特記事項)								
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> その他 ( 認定日・介護度・有効期間・負担割合)								
申請者	住所・事業名	(事業所)						〔 受託の場合は、委託元事業所名もご記入ください 〕				
	氏名							介護支援専門員登録番号				
	※郵送申請の場合は、介護支援専門員証の写しを添付してください											
目的	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> その他( )											
上記申請者を本件被保険者の担当介護支援専門員として任命したことを認めます。												
事業所名												
代表者名												
印												

\*\*\* 市記入欄 \*\*\*

本人確認(介護支援専門員証等)  申請時  受領時

関係確認  居宅届提出済  受託  入所予定  入所中

提供内容  認定情報  特記事項  主治医意見書

その他 認定日 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 介護度 \_\_\_\_ 要支援 \_\_\_\_ 要介護 \_\_\_\_  
有効期間 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 負担割合 \_\_\_\_

係長	担当	作成	料金(円)	提供

申請入力済

受領入力済

請求した個人情報の帳票の写し等を確かに受け取りました。

年 月 日

受領者署名 \_\_\_\_\_

( なお、申請者と受領者が異なる場合は、受領委任状をご持参ください。 )