|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決 裁 欄 | 市長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係員 | 受付者 |
|  |  |  |  |  |  |

**介護保険　情報提示請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公開方法 | | | | | | | | | | | １　閲　覧　　２　写しの交付 | | 受付 | 年　　月　　日 | | |
| 処理 | 未　　　済 | | |
| № | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 氏　　　名 | 認　定　日 | | | 認定  調査票 | 主治医  意見書 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | | |  |  |

介護サービス計画を作成するため、要介護認定、要支援認定に関する情報の提示を次のとおり

請求します。なお、介護サービス計画以外の目的には使用しません。

令和　　年　　月　　日

（あて先）南魚沼市長

（事業者）所在地

事業者名

代表者名

電話

下記の者に介護保険情報提示請求及び書類受領を委任します。

（請求者）事業者名

|  |  |
| --- | --- |
| 受領確認 |  |

氏　名