

平成 年 月 日

上川町長 様

介護保険 要介護等認定者の情報提供について(依頼)

請求者 住 所

氏 名

(代表者名) _____ 印

※被保険者との関係

下記の者についての要介護等認定にかかる情報提供をご依頼申し上げます。

1. 要介護等認定者

被保険者番号	0	0	0	0	0	0					
フリガナ										生年月日	性別
被保険者氏名										明治 大正 年 月 日 昭和	男・女

2. 提供を必要とする情報 (※該当するものを○で囲んでください。)

- ① 要介護認定調査資料(調査票・特記事項)
- ② 主治医意見書
- ③ 介護認定審査会による判定結果

同 意 書

私は、上記請求者への要介護等認定情報の提供に同意します。

平成 年 月 日

被保険者氏名 _____ 印 代理署名(※家族等) _____ 印