

## 要介護認定等に係る情報提供依頼書

令和    年    月    日

(宛先) 富士見市長

住 所  
依頼者 氏 名  
電話番号  
続 柄

下記の介護保険被保険者の要介護認定に係る情報提供を依頼します。

記

被保険者番号	0	0	0	0						
被保険者氏名										
被保険者住所										
要介護認定等 申請年月日	<input type="checkbox"/> 申請日時点で最新の情報 <input type="checkbox"/> 要介護認定等の申請年月日を指定する (令和    年    月    日申請分)									
必要な情報	<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書									
提供方法	<input type="checkbox"/> 写しの提供 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> その他									

※調査結果・医師意見書・審査会議事要録の内容によっては、情報提供できない場合があります。

※依頼者が被保険者の成年後見人である場合は、登記事項証明書(発行から6月以内のもの)の写しを添付してください。また、請求者自身の運転免許証等の本人確認書類の提示が必要です。

※請求者が任意代理人である場合は、本人の委任状と本人との関係がわかる書類(戸籍謄本等)を添付してください。また、請求者自身の運転免許証等の本人確認書類の提示が必要です。

決裁年月日	課 長	副課長	主査	担当者	本人確認書類
. .					免・旅・個・他 (                    )