

茅ヶ崎市介護保険認定関係書類情報提供請求書

郵送の場合は空欄でお願いします。  
郵便到着日が請求日となります。

(宛先) 茅ヶ崎市長 年 月 日

両面印刷してください。

請求者 住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1  
氏 名 居宅介護支援事業所 まろ  
電話番号 0467 ( 82 ) 1111  
(資料受領者氏名 茅ヶ崎 太郎 )  
被保険者との関係 本人 親族 ( )  
居宅介護支援事業者 介護サービス事業者  
介護保険施設 地域包括支援センター

請求者欄には、事業者名を記入してください。

次のとおり認定関係書類の情報提供を請求します。  
なお、提供を受けた資料は、下記の遵守事項に従って取り扱います。

希望する情報提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付
情報提供を請求する理由	<input checked="" type="checkbox"/> サービス計画の作成のため <input checked="" type="checkbox"/> サービスの利用のため <input type="checkbox"/> その他 ( )
情報提供を請求する認定関係書類	<input checked="" type="checkbox"/> 介護認定審査会資料（基本調査・特記事項含む） <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書
被 保 険 者	住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1
	ふりがな氏名 えぼしまろ 烏帽子麻呂
	生年月日 大正・昭和 23 年 1 月 1 日
	被保険者番号 0 0 0 0 8 2 1 1 1 1
包括同意取得の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (※無の場合は、裏面の委任状・同意書の記入が必要です)

**郵送時の注意事項**  
1. 切手を貼った返信用封筒を同封してください。(A3用紙1枚が入るもの)  
2. 「資料受領者氏名」に記載された方の身分証明書の写しを添付してください。  
※事業者が発行したことがわかる氏名・写真付きの身分証（従業員証等）

1 委任状・同意書

記入日 年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

1 私は、表裏記載のある情報提供請求書兼誓約書に記載されている私の介護保険の権限を委任します。  
事業者の方は、2に○をしてください。

2 私は、居宅サービス計画等及び居宅サービス等のため表記の請求者に対し茅ヶ崎市介護認定関係書類情報提供請求書兼誓約書に記載されている私の介護保険認定関係書類の提供をすることに同意します。

住所は代筆でも可。署名は本人が記入してください。本人が署名できない場合は住所・氏名とも空欄とし、親族等が下記の理由書を記入してください。

住所 氏名

注意：必ず本人が署名してください。

2 理由書

年 月 日

認知症等により判断能力が欠ける  
 身体機能低下により書字困難  
 その他の理由

親族等の氏名 被保険者本人との関係 ( )

住所

備考 1 本人が心身の障害等で署名できないときは、理由書を記入し、該当する□に、レ印を記入してください。  
2 その他の理由にレ印を記入した場合は、具体的な状態を記入してください。  
3 成年後見人の場合は、登記事項証明書の写しを提出してください。

---職員使用欄-----

情報提供請求者確認書類  
1身分証明書 2介護保険被保険者証 3運転免許証 4マイナンバーカード  
5戸籍謄本、住民票 6登記事項証明書 7その他 ( )

決定区分  
提供する 一部提供する 提供しない