

茅ヶ崎市介護保険認定関係書類情報提供請求書兼*

郵送の場合は空欄をお願いします。
郵便到着日が請求日となります。

両面印刷してください。

令和 年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

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

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 電話0467-82-1111
	ふりがな え ぼ し ま ろ
	氏 名 烏 帽 子 麻 呂
	生年月日 大正5年10月1日
被保険者番号	0 0 0 0 8 2 1 1 1 1

決定区分 情報提供をします。 一部の情報提供をします。 情報提供しません

遵守事項

- 私は
- 私は
- 私は
- 私は
- 私は

郵送時の注意事項

- 返信用封筒を同封してください(84円切手を貼ったもの)。
- 「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。
※事業者が発行した氏名・写真付きの事業所名が入った身分証 (従業員証等)

日付の記載を確認してください。

1 委任状・同意書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

事業者の方は、2に〇をしてください。

表記の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介護保険認定関係書類の情報提供につき、自ら請求できないので、同請求書による請求者を私の代理人に選任し、その権限を委任します。

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することに同意します。

本人の住所記入が難しい場合は、代筆でも可。

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1

氏名 烏帽子 麻呂

本人が署名をしてください。

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
- 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、該当する口に、レ印を記入してください。
 - 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。
 - 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。

以下は、市が記入します。

確認の書類区分

- 身分証明書
- 介護保険被保険者証
- 運転免許証
- マイナンバーカード
- 戸籍謄本、住民票
- その他 ()