

茅ヶ崎市医師意見書（障害支援区分認定用）提供請求書兼誓約書（表）

両面印刷してください。

日付の記載を確認してください。

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

請求者 住 所

事業者名

請求者：事業者名
資料受領者氏名：来庁者

電話番号 ()
(資料受領者氏名)

※資料受領者の本人確認を行います。

との関係 指定特定相談支援事業所

次のとおり医師意見書（障害支援区分認定用）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 type="checkbox"/> 写しの交付
情報提供を請求する理由	<input type="checkbox"/> サービス等利用計画作成のため <input type="checkbox"/> その他 ()
情報提供を請求する認定関係書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書（障害支援区分認定用）
障 が い 者	住 所 電話番号 ()
	ふりがな
	氏 名
	生年月日 年 月 日
受給者番号	
決定区分	<input type="checkbox"/> 情報提供をします。 <input type="checkbox"/> 一部の情報提供をします。 <input type="checkbox"/> 情報提供しません。

遵守事項

- 1 私には...の情報を...以外の目的で複製又は正当な管理...類を責任を放棄します。

来庁時の注意事項

「資料受領者氏名」に記載された方の本人確認書類を窓口で提示してください。

※事業者が発行した氏名・顔写真付きの事業所名が入った確認書類（従業員証等）が必要となります。従業員証で顔写真が確認できない際は、別の顔写真付きの本人確認書類の提示も併せてお願いします。

日付の記載を確認してください。

1 同意書

	年	月	日
(宛先) 茅ヶ崎市長			
1 私は、サービス等利用計画作成のため表記の請求者に対し茅ヶ崎市医師意見書(障害支援区分認定用)提供請求書兼誓約書に記載されている私の医師意見書(障害支援区分認定用)の提供をすることに同意します。			
氏名	生年月日	年	月 日
住所			
電話番号	()		

代理人

	年	月	日
氏名	()		
住所			

日付の記載を確認してください。

上記「同意書」欄について、本人に代わり代理人が記載した場合は、代理人欄に記入をお願いします。

以下は、市が記入します。

確認の書類区分

1 従業員証 2 運転免許証 3 マイナンバーカード 4 その他 ()

郵送で提出される際は、従業員証の写しの同封をお願いします。従業員証で顔写真が確認できない際も、別の顔写真付きの本人確認書類の同封は必要ありません。