

要介護認定に係る個人情報提供申請書

令和 年 月 日

加古川市長 様

住 所 : _____

申請者 氏 名 : _____

電話番号 : _____ () _____

被保険者との関係 : 被保険者の _____

下記被保険者の要介護認定に係る情報の写しの交付を申請します。

記

1 内 容

被保険者	住所			
	氏名		番号	000
年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請 の <input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 上記被保険者に係る認定調査結果 <input type="checkbox"/> 上記被保険者に係る主治医意見書	

2 使 途 施設入所申込のため

その他 ()

3 被保険者同意欄 ※ 申請者が被保険者以外の場合は記入してください。

上記申請者が、私の要介護認定に係る情報を取得することに同意します。	署名欄 印
-----------------------------------	--------------

※ 被保険者が心身の障害等で署名できない場合は、被保険者の介護保険被保険者証等を添付してください。

【市処理欄】

申請者本人確認 (何れかにチェック)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> その他()
	受 付 者	交 付

注 申請の際は、申請者の本人確認書類(運転免許証、健康保険被保険者証等)を提出又は提示してください(顔写真付は1点、それ以外は2点)。