

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	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請 <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 ☐ 施設入所のため
☐ その他 ()

3 被保険者同意欄 ※申請者が被保険者本人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

※ 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"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証			
	<input type="checkbox"/> 医療保険加入関係が確認できる物				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 住基の確認	受付者		交付	

注 申請の際は、申請者自身であることを証明することができる書類(運転免許証、マイナンバーカード等)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)