

(様式第2号)

介護保険認定関係資料交付申請書

北 島 町 長 殿

下記の被保険者の介護保険要介護認定に係る資料について情報提供されるよう申請します。
なお、提供された情報については、介護サービス計画作成の目的以外では利用しないこと
及び個人情報であることに留意し、要綱第7条の遵守事項に沿って適正に扱うことを誓約し
ます。

申 請 者	事業所所在地	TEL		
	事業所名称	㊟		
	申請者氏名	㊟		
	被保険者との 関 係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所	
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設	<input type="checkbox"/> グループホーム		
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

被 交 付 を 希 望 す る 者	被保険者番号			
	被保険者氏名			
	介 護 度	認 定 期 間	. . ~ . .	
被 交 付 を 希 望 す る 者	被保険者番号			
	被保険者氏名			
	介 護 度	認 定 期 間	. . ~ . .	

※上記太枠内をご記入ください。

※保険者記載欄（この線より下は使用しないでください。）

同 意 区 分		情 報 提 供	
本人	有・無	認定調査票	可・不可
医師	有・無	主治医意見書	可・不可

受付印