

様式第1号（第4条関係）

坂戸市要介護認定等情報提供申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所
氏 名

電話番号

要介護認定・要支援認定に係る認定情報の提供を受けたいので、坂戸市介護保険認定情報提供要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

被 保 険 者	住 所	
	番 号	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
申請者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人と同居している親族（続柄 ） <input type="checkbox"/> 本人の成年後見人、保佐人及び補助人 <input type="checkbox"/> 本人と別居している親族であって、本人の日常生活を支援しているもの（続柄 ） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター又は地域包括支援センターから介護予防支援事業を委託された者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護事業者	
提 供 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 坂戸市介護認定審査会による判定及び意見を記載した書類	
提 供 方 法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	

同意書

私は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容並びに坂戸市介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書を申請者に提供することに同意します。

坂戸市長 あて

年 月 日

氏名

自署不能につき代筆

続柄（ ）