

(表面)

認定調査結果表等の情報提供請求書

年 月 日

大田市長 様

請 求 者 欄	事業所名	(ふりがな)	担当者名	(職名)
	住所	〒		
		都道府県	市郡区	町村 番地
		(TEL)		
	被保険者との関係	1 居宅介護支援事業者 3 介護予防支援事業者 5 介護保険施設()	2 居宅介護(介護予防)サービス事業者 4 地域密着型(介護予防)サービス事業者	
	開示(交付)の方法	1 窓口交付を希望	2 郵送による交付を希望	

受付整理番号

次のとおり認定調査結果表等の情報提供(交付)を請求します。

本人(被保険者)欄	氏名	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	被保険者証の番号
	住所	都道府県	市郡区	町村	番地
		認定年月日	認定調査結果表等請求区分		
		年 月認定分	1. 認定調査及び一次判定結果表 2. 主治医意見書 3. 介護認定審査会結果		
		主治医等氏名		所在地	
本人(被保険者)欄	氏名	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	被保険者証の番号
	住所	都道府県	市郡区	町村	番地
		認定年月日	認定調査結果表等請求区分		
		年 月認定分	1. 認定調査及び一次判定結果表 2. 主治医意見書 3. 介護認定審査会結果		
		主治医等氏名		所在地	
本人(被保険者)欄	氏名	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	被保険者証の番号
	住所	都道府県	市郡区	町村	番地
		認定年月日	認定調査結果表等請求区分		
		年 月認定分	1. 認定調査及び一次判定結果表 2. 主治医意見書 3. 介護認定審査会結果		
		主治医等氏名		所在地	

※所在地は市町村名まで記入してください。

受領者(請求者)署名

受領の際にご記入ください。

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要はありません。

A 事業所確認書類	1 居宅介護(介護予防)支援事業者(サービス計画の届出の有無) ・届出あり(届出年月日： 年 月 日受理) ・届出なし
	2 在宅サービス提供事業者(サービス計画の確認) 確認書類名()
	3 介護保険施設(入所(予定)の有無) 確認書類名() 入所中 ・ 入所予定

B 職員確認書類	1 身分証明書 ()
	2 その他(証明するもの：)