

介護保険情報提供申請書

申請年月日

年 月 日

平群町長殿

次のとおり申請します。

提供資料 ☐ 認定調査票（閲覧・写しの交付）
☐ 主治医意見書（閲覧・写しの交付）

申請事業者	名 称	
	氏 名	
	住 所	〒 TEL — —

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0								
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名					性 別	男	・	女	

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0								
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名					性 別	男	・	女	

この申請により知り得た情報は、介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する以外には使用しないことを誓約します。

氏 名 _____ 印 _____

平群町記入欄

調査票	意見書	届 出	介護支援専門員証