

要介護・要支援 認定審査会の判定結果 に関する情報提供請求書

弘前市長 様

円滑な介護保険の推進を図るため、下記の者について、認定審査会の判定結果の
(提示 ・ 複写) を請求します。

※請求方法に○をつける

1	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 意見書作成医師	市処理
				<input type="checkbox"/> 調査票作成者	
	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済)	市処理
				【理由:】	
2	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 意見書作成医師	市処理
				<input type="checkbox"/> 調査票作成者	
	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済)	市処理
				【理由:】	
3	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 意見書作成医師	市処理
				<input type="checkbox"/> 調査票作成者	
	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済)	市処理
				【理由:】	
4	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 意見書作成医師	市処理
				<input type="checkbox"/> 調査票作成者	
	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済)	市処理
				【理由:】	
5	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> 意見書作成医師	市処理
				<input type="checkbox"/> 調査票作成者	
	被保険者番号	氏 名	対象者との関係	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済)	市処理
				【理由:】	

年 月 日

所在地

事業所名

請求者氏名

印

- ※ 認定審査結果は、原則、被保険者証で確認してください。
- ※ 被保険者番号がわからない場合は、「被保険者番号」欄に住所と生年月日を記入してください。
- ※ 異なる提供方法を同時に請求する場合は、それぞれの請求書を作成してください。
- ※ 情報請求理由は具体的に記入してください。
- ※ 印は認めでも可としますが、スタンプ印は不可です。