

## 要介護・要支援認定 一次判定結果 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、一次判定結果の提示を請求します。

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 <input type="checkbox"/> 認定申請代行者 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済) <b>【理由:】</b>	市処理
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 <input type="checkbox"/> 認定申請代行者 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済) <b>【理由:】</b>	市処理
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 <input type="checkbox"/> 認定申請代行者 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済) <b>【理由:】</b>	市処理
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 <input type="checkbox"/> 認定申請代行者 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済) <b>【理由:】</b>	市処理
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 <input type="checkbox"/> 認定申請代行者 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成者(契約済) <b>【理由:】</b>	市処理

年 月 日

所在地

事業所名

請求者氏名

印

- ※ コンピュータ上の判定ですので、二次判定で変わる可能性があります。
- ※ 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。
- ※ 具体的な情報請求理由を記入してください。
- ※ 印は認めでも可としますが、スタンプ印は不可です。