

介護サービス計画作成に関する認定結果情報等提示及び複写請求書

(宛先)
金沢市社会福祉事務所長

令和 年 月 日

受付印欄

所在地	〒 -																				
事業者名	様																				
	TEL () -																				
請求者名																					
事業所番号(必須)																					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

* 上記の所在地、事業者名はそのまま返信用の宛名として使用させていただきますので、明確に記載してください。

介護サービス計画作成するために、下記の方の認定情報等の提示及び複写について請求します。

NO	被保険者番号										氏名	提示及び複写する内容			*認定日	*金沢市使用欄			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		認定調査票	特記事項	主治医意見書		送付日	備考		
1	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
2	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
3	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
4	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
5	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
6	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
7	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
8	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
9	H	5	0										.	.	~	.	/	/	
10	H	5	0										.	.	~	.	/	/	

* は、市で記入します。

受付日	交付日

* 介護保険要介護認定申請書において申請者本人が認定情報等の提供に同意しない場合、または、「主治医意見書」において主治医が介護サービス計画作成のために「主治医意見書」を利用することに同意しない場合は、居宅介護支援事業者等に対して認定結果情報等の提示もしくは複写はできません。