

介護サービス計画作成に関する認定結果情報等提示および複写請求書

(あて先) 金 沢 市 長

令和 年 月 日

受付印欄

所在地	〒 -	* 左記の所在地、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。
事業者名	様	
	TEL () -	事業所番号(必須)
請求者名		

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

NO	被保険者番号										氏 名	提示および複写する内容			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	認定日	備考
1	0	0												/	/		
2	0	0												/	/		
3	0	0												/	/		
4	0	0												/	/		
5	0	0												/	/		
6	0	0												/	/		
7	0	0												/	/		
8	0	0												/	/		
9	0	0												/	/		
10	0	0												/	/		

* 提示または複写請求する内容に「○」をつけてください。

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。