

介護保険認定関係資料提供申請書

市役所
受付印

小山市長様

私は、小山市介護保険認定関係資料の提供に関する事務取扱要領に記載されている事項を遵守(裏面遵守事項抜粋)することを誓約し、次のとおり認定関係資料の提供を申請します。

申請日 年 月 日

申請者	氏名
	事業者・施設名称 所在地 電話番号
被保険者との関係	該当箇所にチェックをしてください。
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援所業者
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者
	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護事業者
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業者
	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護事業者
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者
	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者
	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業者
	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設
<input type="checkbox"/> 介護医療院	

請求資料	該当箇所にチェックをしてください。	提供方法	該当箇所にチェックをしてください。
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定調査結果		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(444円分の切手が必要です)

対象者	被保険者番号	【受領時確認欄】
	フリガナ 氏名	受取日
	生年月日 M・T・S 年 月 日	受取人サイン
	住所	*

* 欄は記入しないでください。

【本人同意欄】

私は、上記申請者に、小山市が所有する私の介護保険認定関係資料を提供することに同意します。

年 月 日

本人住所

本人署名(又は記名押印)