

様式第1号（第3条関係）

認定関係資料に係る情報提供請求書（事業所用）

年 月 日

小郡市長 あて

所在地

事業所名

請求者

代表者名

電話番号

次のとおり（要介護・要支援・障害程度区分）認定関係資料の情報提供を請求します。

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 資料の対象者 | 住所： | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者番号 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証番号 | | | | | | | | | | |
| | 氏名： | | | | | | | | | | | |
| 資料名・内容 | <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | | | | | | | |
| 開示の方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 | | | | | | | | | | | |
| 請求の目的 | <input type="checkbox"/> 介護(予防)支援計画作成のため <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用計画作成のため | | | | | | | | | | | |

資料の交付を請求者（代表者）以外の者が受ける場合（代理受領）は、記入してください。

| | | | |
|---------|--|---------|--|
| 代理受領者氏名 | | 請求者との関係 | |
|---------|--|---------|--|

(注) 代理受領者が本人であることを証する書面（運転免許証、個人番号カード等）を提示してください。

開示書類は、介護(予防)支援計画又は障害福祉サービス利用計画作成のためだけのものであり、本人への開示書類ではありません。

【市確認欄】

| | | |
|----------------|--|-----|
| 受領者本人 の確認書面 | 1 運転免許証 2 個人番号カード 3 その他（ ） | 受付欄 |
| 担当 | 部 課 確認者（ ） | |
| 提供の方法 | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 | |