

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
	氏名：	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証番号
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	