

要介護・要支援認定資料請求書

三戸町長様

令和 年 月 日

請求者	氏名	
	※法人その他の団体にあっては名称及び代表者の氏名	
	住所	
	※法人その他の団体にあっては主たる事務所の所在地	
担当者氏名		
※法人その他の団体の場合		
連絡先	(該当する者を○で囲んでください。)	
	自宅	勤務先
	電話番号	()

下記により、要介護・要支援認定に係る資料を請求します。
なお、資料提供を受けるに当たっては、個人情報の保護に努めるとともに下記の注意事項を遵守いたします。

被保険者	ふりがな		被保険者番号	
	氏名			
	生年月日	□明治 □大正 □昭和	年 月 日	
	住所	三戸町大字		
		転出者は前住所も記入		

請求資料	□認定調査票	□主治医意見書	
	□その他※詳細を記入のこと()		
請求の方法	□閲覧	□写しの交付	□写しの郵送
	□その他()		

使用目的	□介護サービス計画作成	□介護予防サービス計画作成	
	□その他()		

注意事項

- 提供を受けた資料に係る情報は、使用目的以外には一切使用しないこと。
- 提供を受けた資料に係る情報は、漏らさないこと。担当業務を離れた後も同様とする。
- 提供を受けた情報に係る改ざんの防止その他適正な管理のために必要な措置を講じること。
- 個人情報利用同意書の写しを添付すること。

※職員記載欄

実施日	令和 年 月 日	担当	
備考			