

ケアプラン作成資料（認定調査票）等情報提供依頼書

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

依頼者	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 契約を締結した居宅介護支援（介護予防）事業者 <input type="checkbox"/> その他 ()
	居宅介護支援（介護予防）事業者名等 (原案作成委託支援事業所名)
	住所（所在地）
	氏名

次のとおり、ケアプラン作成資料（認定調査票）等の情報を提供していただきますようお願いします。

情報提供資料の内容	被保険者番号 _____ 氏名 _____ の <input type="checkbox"/> ケアプラン作成資料（認定調査票） <input type="checkbox"/> 認定調査特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他()
	提供方法の区分 <input type="checkbox"/> 閲覧・視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 写しの送付

注1 本人又は親族が依頼する場合は、依頼者であることを証明するために必要な書類（運転免許証、マイナンバーカード等）を提示してください。

注2 事業者等が依頼する際には、介護支援専門員等であることを証明するために必要な書類（介護支援専門員登録証明書等）を提出し、又は提示してください。

注3 提供方法の区分のうち、写しの交付及び写しの送付については、次のとおり、それに要する実費が必要です。

区 分	金 額
写しの交付に要する費用	無料
写しの送付に要する費用	郵送料に相当する額（又は返信用封筒）

※以下記入しないでください。

市記入欄	依頼者確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
	添付書類 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 返信用封筒 (円 切手貼付済) <input type="checkbox"/> その他 ()
	備考 <input type="checkbox"/> 申請時同意有り 存 ・ 亡 ・ 出 支 ・ 介