

# 要支援等認定に係る情報提示請求書

令和 年 月 日

(宛先) 高 浜 市 長

事業所の名称 高浜市介護予防支援事業所

事業所の位置 高浜市春日町五丁目 165 番地

請求者職種・氏名

受託事業所名

担当氏名

介護予防サービス計画又は介護予防マネジメントの作成に必要なため、次のとおり要支援認定に係る情報を提示されるよう請求します。

提示を希望する要支援等認定者		提示の内容	提示の方法
被保険者番号	氏 名		
		1 認定調査票 2 主治医意見書 3 認定情報 4 認定結果通知	1 閲覧 2 写しの交付
		1 認定調査票 2 主治医意見書 3 認定情報 4 認定結果通知	1 閲覧 2 写しの交付
		1 認定調査票 2 主治医意見書 3 認定情報 4 認定結果通知	1 閲覧 2 写しの交付
		1 認定調査票 2 主治医意見書 3 認定情報 4 認定結果通知	1 閲覧 2 写しの交付

注) 請求の際には、事業所発行の身分証明書等本人であることを確認できる書類等の提示が必要です。