

介護サービス計画作成のための認定情報申請対象者名簿兼提供決定伺い書

年 月 日

全	枚	枚目
---	---	----

申請事業者		所在地						
		事業者名						
		電話番号						
		申請者名						
番号	住所 (市町村名)	被保険者番号				性別	申請する認定情報	備考
		対象者氏名						
						男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	
						女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
						男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	
						女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
						男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	
						女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
						男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	
						女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
						男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	
						女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
						男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	
						女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	

※ 1. 太枠のみ記入して下さい。

※ 2. この名簿は、情報提供を効率的に行うためのものであり、申請書のかわりにはなりません。

※来庁予定日 年 月 日

来庁予定日の2日前（開庁日）までに、広川町役場 福祉課に提出してください。

（FAXの場合は送信前に連絡の上、送信してください）（送信表不要）

上記 名の認定情報について提供してよろしいか伺います。					備考
決 裁	事務長	事務長補佐	係長	係	