

介護サービス計画作成等に係る要介護認定等情報提供依頼書

年 月 日

魚津市長 あて

(依頼者)

事業所・施設名

担当者氏名

電話番号

次のとおり資料（認定調査票、主治医意見書）の提供を依頼します。なお、提供された資料については、厳重に管理を行い、漏洩等により損害が生じた場合には、その一切の責任を負うことをお約束します。

また、保有する必要がなくなったときには、速やかに廃棄します。

〈対象者〉

被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	備考
		. .	☐ 直近のもの ☐ 申請中（審査後） ☐ その他（ ）
		. .	☐ 直近のもの ☐ 申請中（審査後） ☐ その他（ ）
		. .	☐ 直近のもの ☐ 申請中（審査後） ☐ その他（ ）
		. .	☐ 直近のもの ☐ 申請中（審査後） ☐ その他（ ）
		. .	☐ 直近のもの ☐ 申請中（審査後） ☐ その他（ ）
		. .	☐ 直近のもの ☐ 申請中（審査後） ☐ その他（ ）

※ 依頼者が地域密着型介護老人福祉施設、（介護予防）認知症対応型共同生活介護及び介護保険施設の場合は、被保険者が施設に入所し、又は入所を予定している者である場合に限り
ます。

※ 依頼者が居宅介護支援事業所、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）の場合は、
被保険者からの居宅介護（予防）サービス計画作成依頼の届出があった場合に限り
ます。

※ 郵送による提供を希望される場合は、返信用封筒に切手を貼付したものを同封してくださ
い。（提供資料 1 名あたり A4 判 6 枚程度が目安）