

## 要介護認定情報請求票（事業所用）

令和 年 月 日

加須市高齢者福祉課長 様

〒

住所（所在地）

氏名（名称・代表者氏名）

印

次のとおり請求します。なお、下記の利用目的外に使用しないこと、知り得た情報を第三者に漏らさないことについて同意します。

①利用目的（該当する項目に○をつけてください）

- 1 特別養護老人ホーム入所の参考資料
- 2 ケアプラン作成補助資料
- 3 その他（ ）

②請求方法（該当する項目に○をつけてください）

- 1 コピー
- 2 閲覧

No	被保険者番号	被保険者氏名	被保険者住所	調査票	特記事項	主治医意見書	備考
1							
2							
3							
4							
5							