様式第2号　　年　　月　　日

所沢市要介護認定等情報提供依頼書

（宛先）所沢市長

下記のとおり情報提供を依頼します。なお、依頼者が被保険者以外である場合、入手した個人情報については、目的以外には利用せず、また第三者に漏らすことのないよう、その取扱いには細心の注意を払うことを誓約いたします。

依頼者	住　所		
	氏　名		生　年　月　日 明・大・昭　年　月　日
	被保険者との関係		
被保険者	住　所		
	氏　名		生　年　月　日 明・大・昭　年　月　日
	介護保険被保険者証：被保険者番号		
依頼者等確認書類	・マイナンバーカード　・運転免許証　・戸籍謄本 ・その他本人確認できるもの（　　）		
必要とする情報（○をつけてください。）	1　認定調査結果（ただし、概況調査票は除く。）　2　主治医意見書 3　介護認定審査会会議録		
必要とする情報の写しの交付の有無	有・無	写しの交付書類	1　認定調査結果（ただし、概況調査票は除く。） 2　主治医意見書　3　介護認定審査会会議録
申請理由			

＊依頼者が被保険者又は指定介護人以外の場合、次の本人同意が必要になります。

同　意　書

上記内容の情報を、依頼者に提供することに同意します。

被保険者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連絡先（電話）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿