様式 ６（第４条第４項関係）

「事業者用」 受付番号

情 報 提 供 申 請 書

令和　　年　　月　　日

　邑智郡総合事務組合

 　管理者　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名又は施設名

 印

 住　所

 電話番号

 （担当者：　　　　　　　　　　）

　サービス提供に必要ですので、下記の方の要介護認定・要支援認定に係る情報の提供を申請します。

 なお、提供のあった情報は、利用目的以外には使用いたしません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |
|  氏　　 名 |  |
|  生 年 月 日 |  明・大・昭　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 　性　別 | 　　男　・　女 |
|  住　　 所 |  |
|  提 供 内 容 | 　１　訪問調査結果 ２　主治医意見書 ３　介護サービスに関する審査会意見 |
|  利 用 目 的 |  １　居宅サービス計画作成のため ２　施設サービス計画作成のため ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  備　　 考 |  |

　※「提供内容」・「利用目的」欄は、いずれかに○をすること。

 ※サービス事業者においては、「利用目的」欄のその他に具体的な利用目的を記載す　　ること。