

介護給付費等支給決定情報提供申出書

平成 年 月 日

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

私は、下記により介護給付費等の支給決定に係る資料の提供等について申し出ます。なお、資料の提供等を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守ることを約します。

申出者欄	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者名			<input type="checkbox"/> 代理人 ()
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定相談支援事業者

受給者欄	氏名		受給者番号	
	生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒		
提供等資料欄	<input type="checkbox"/> 市町村審査会資料 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 医師意見書 <input type="checkbox"/> 概況調査票 <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 審査会議事録 <input type="checkbox"/> 判定書 <input type="checkbox"/> 心理判定書 <input type="checkbox"/> 医学的判定書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し提供

[本人同意欄] ※本人が申出者である場合は以下の記載・署名は不要です。

私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が提供等を受けることに同意します。

- 私の代理人 ()
- 私と契約を締結した指定障害福祉サービス事業者・指定相談支援事業者
- 私と契約締結予定の指定障害福祉サービス事業者・指定相談支援事業者

本人署名

〈以下区役所記入欄〉

上記のとおり申し出がありましたので、資料を閲覧・提供してよろしいか。

決裁区分	係長	申出者確認	起案：平成 年 月 日
係			決裁：平成 年 月 日
			所属： 区保健福祉課
			氏名：
○主治医意見書～主治医の(同意あり・同意がないため提供しない)			
送付(交付)日：平成 年 月 日			六法事務
文書件番号：第 号			