

# 情報提供依頼者リスト

FAX送信日 年 月 日 午前・午後 時 分

年 月 日に依頼に伺います。

FAX送信日と来庁予定日、事業者名、電話番号を記入し、前開庁日の17時までにFAXにて送信ください。  
(資料を作成するのに閉庁日を含めず1日程度要します。)

送信者氏名をご記入下さい

なお、原則、1週間を過ぎても依頼書の提出がない場合は、このFAXを破棄させていただきますので、予めご了承ください。

|    |                       | 依頼資料  | 依頼内容の区分   | 主治医の同意 | ケアプランの届出 | 備考       |
|----|-----------------------|---|---|--------|----------|----------|
| 1  | 必ず被保険者番号か生年月日をご記入下さい。 | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 2  | 必要なものにレ点をご記入下さい。      | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 3  |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有      |          | 太線内は記入不要 |
| 4  | 閲覧か写しの交付かレ点をご記入ください。  | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び一次判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書 | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 5  |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 6  |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 7  |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 8  |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 9  |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 10 |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 11 |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 12 |                       | <input type="checkbox"/> 認定調査の内容及び判定の結果<br><input type="checkbox"/> 主治医の意見書   | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input type="checkbox"/> 写しの交付 | 有 無    | 有 無      |          |
| 計  | 人                     |   | 枚   |        |          |          |

注 太線の枠内は、市記入欄です。

※FAXの送信は前開庁日の17時までにお願ひします。  
また、17時以降及び閉庁日は送信しないようお願ひします。