

要介護認定等調査票及び主治医意見書の提示申請書

社会福祉法人 泉大津市社会福祉協議会

泉大津市地域包括支援センター 様

受付

事業所	名称	
	住所	〒 ー 電話番号 () ー

介護予防サービス計画作成にあたり、下記の方の要介護認定等調査票及び主治医意見書が必要となりますので、提示願います。

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ								生年	明・大・昭	性	男
	氏名								月日	年 月 日	別	女
	住所	〒 ー 電話番号 ー 泉大津市										

誓 約 書

提示された内容について、下記の事項を遵守することをここに誓約いたします。

- ① 計画作成以外の目的に使用しないこと
- ② 個人情報の適正な取扱いを確保すること
- ③ その他、この提示により知り得た個人情報の内容をみだりに他に漏らさないこと

届出人 _____