

年 月 日

情報提供依頼書（ケアプラン作成資料 認定調査票等）

泉佐野市社協地域包括支援センター長 様

依頼者	被保険者番号	
	利用者住所	泉佐野市
	利用者氏名	印
	事業所名称	
	介護支援専門員氏名	印

次の通り、ケアプラン作成資料の提供をしていただきますよう依頼します。

情報提供内容	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 認定調査特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他
提供方法区分	<input type="checkbox"/> 回覧・視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 写しの送付

- ☆ 当センターとの契約締結をされている場合（更新等での情報提供依頼）は、本依頼書必要ありません。
- ☆ 住宅改修のみや福祉用具購入のみの場合は、当センターとご利用様との契約を締結致しておりませんので閲覧のみになります。ご利用様の同意をいただくようお願いします。