

# 要介護認定結果に係る情報提供申請書兼結果連絡書

主治医記入欄

町記入欄

| No | 被保険者氏名 | 被保険者住所 | 被保険者番号 | 生年月日        | 性別  | 要介護度                    | 認定期間 |
|----|--------|--------|--------|-------------|-----|-------------------------|------|
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |
|    |        |        |        | M・T・S 年 月 日 | 男・女 | 要支援「 」 要介護「 」<br>その他（ ） | ～    |

開成町長様 年 月 日  
 上記のとおり、要介護認定結果に係る情報の提供を申請します。  
 申請者 医療機関名

年 月 日  
 左記申請者より請求のあった、要介護認定結果に係る情報を  
 上記のとおり回答します。

開成町保険健康課介護保険担当

医師名 印