「認知症高齢者の日常生活自立度」情報提供申請書

　　　　　年　　月　　日

龍ケ崎市長　　殿

事業者名

住 所

電 話

認知症高齢者の日常生活自立度について，下記により情報提供を依頼します。

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

市回答

開示日時　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者被保険者番号 | 認知症高齢者の自立度 |
| 認定調査票 | 主治医意見書 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

＊対象者の被保険者番号のみをご記入ください。網かけ部分は市の回答欄となります。

＊特別養護老人ホームの入所判定以外の目的での開示は行いません。

＊直近の自立度を開示しています。

龍ケ崎市介護保険課　介護保険グループ

〒３０１－８６１１

茨城県龍ケ崎市３７１０番地

電話：０２９７－６４－１１１１

FAX：０２９７－６０－１５８９