

(様式第1号)

資格喪失者認定情報開示申請

令和 年 月 日

那覇市長 あて

事業所名 _____

管理者名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

介護給付費に係る請求等のため下記の被保険者の情報提供をお願いします。

	被保険者番号	ふりがな 氏 名	生年月日	住 所	提供を受けたい情報	
					要介護度	有効期間
1						

※通常の情報開示（訪問調査票・主治医意見書）ではありませんので、ご注意ください。

受領署名（日）
(/)

G長	担当