

北九州市要介護認定に係る情報提供申出総括表

全 枚中の 枚目

(事業者・施設名称) _____

(申出者氏名) _____

(住所・所在地) 〒 _____

※太枠内は市で記入します。

番号	被保険者番号	被保険者氏名	提供申出資料	同意の有無	備考
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

北九州市要介護認定に係る情報提供回答総括表（別紙）

全 枚中の 枚目

※太枠内は市で記入します。

番号	被保険者番号	被保険者氏名	提供申出資料	同意の有無	備考
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 一次判定結果・特記事項	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
			<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医の同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	