

意見書（情報提供）

年 月 日

施設名【施設名】

施設長 様

大 阪 市 長
【 市 長 名 】

貴施設の情報提供対象者 氏名（被保険者番号）について、次のとおり意見（情報提供）します。

（介護の必要の程度）

（家族の状況）

単身 世帯員あり（65歳以上のみ） 世帯員あり（その他）
