

第 2 号様式（第 5 条関係）

障害支援区分の認定に係る個人情報提供回答書

第 号  
年 月 日

様

春日井市長

年 月 日付けで申出のありました障害支援区分の認定に係る個人情報の提供について、次のとおり回答します。

受給者番号		障害者氏名	
提供の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可		
情報を提供しない場合又は一部の情報を提供しない場合の理由			
提供情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 医師意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 <input type="checkbox"/> 障害支援区分判定審査会議事要旨		
提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付		
提供場所	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		