

要介護認定等情報提供申請書(支援事業者等申請用)

令和 年 月 日

呉市長様

介護保険サービス計画等の作成のため、次のとおり介護認定等に係る要介護認定等資料の提供について申請します。

なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守ることを約します。

申 請 者	住 所(所在地)	
	事業者・施設名称	
	代表者	
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> (介護予防)(看護)小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者

* 介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント作成を介護予防支援事業者(地域包括支援センター)から委託されている居宅介護支援事業者が請求する場合は、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」で受託する居宅介護支援事業者の届出が必要です。

* 施設サービス計画作成の場合は、入所の確認ができる証明書を添付してください。

(例)被保険者証(写しでも可)、契約書の写し(契約締結後半年以内のもの)、介護給付費明細書、サービス利用が確認できるもの等

* 資料の提供は、受付日の翌々日午後 1 時以降に交付します。(例:金曜日申請の場合、土日が閉庁日であるため、交付は火曜日の午後1時以降)

<遵守事項>

- 1 提供を受けた情報を本人の介護サービス計画作成等の目的以外に使用しません。また、その情報を本人の同意を得ることなく第三者に提供しません。
- 2 提供を受けた情報を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めます。
- 3 本人との居宅介護支援等の提供に係る契約関係が終了したとき、又は情報を保有する必要がなくなったときは、速やかに当該情報について責任を持って破棄し、消去します。
- 4 当市から交付された写しの提示又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

(注)遵守事項に従わなかった場合は、今後、資料提供が受けられなくなります。

受付印

*****呉市記入欄*****

窓口に来た人	
確認書類	職員証 ・ 介護支援専門員 ・ 運転免許証 その他 ()

<裏面あり>

＜裏面＞

要介護認定等情報提供申請対象者

No.	氏 名	生年月日	委託の場合 包括の名称	提供資料	介護保険課使用欄		
	被保険者番号			提供方法	居宅の届出	添付資料	提供可否
1		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
2		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
3		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
4		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
5		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
6		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
7		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
8		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
9		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			
10		M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し			

要介護認定等情報提供申請対象者

	氏 名		生年月日	委託の場合 包括の名称	提供資料		介護保険課使用欄		
	被保険者番号				提供方法		居宅の届出	添付資料	提供可否
11			M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 主治医意見書				
12			M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 主治医意見書				
13			M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 主治医意見書				
14			M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 主治医意見書				
15			M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 主治医意見書				
16			M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 主治医意見書				
17			M・T・S 年 月 日		<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
					<input type="checkbox"/> 主治医意見書				
						<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写し	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	

(2/2)

受付印