

様式第1号(第5条関係)

要介護認定等情報提供申請書

年 月 日

美濃加茂市長 宛

下記により、介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する情報について、提供されるよう申請します。

なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の事項を遵守することを誓約します。

申 出 者 欄	フリガナ		被 保 険 者 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 本人
	氏 名			<input type="checkbox"/> 親族(続柄:)
	事業者名 施設名			<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護(介護予防)支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 指定居宅(介護予防)サービス事業者
	住 所		印	<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型(介護予防)サービス事業者

※申出者が本人又は親族の場合は、事業者名(施設名)の記入は必要ありません。

※申出者が本人又は親族以外の場合は、氏名欄に事業者(施設)の従業員氏名の記入と、事業者名施設名欄に法人(事業者)名の記入及び捺印(法人又は事業者印)が必要となります。

被 保 険 者	氏 名		被保険者 番 号												
	生年月日	明 治 大 正 昭 和	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女									
	住 所	美濃加茂市													

提 供 内 容 ※該当する欄にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査)	:	<input type="checkbox"/> 閲 覧	<input type="checkbox"/> 写し提供
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(基本調査)	:	<input type="checkbox"/> 閲 覧	<input type="checkbox"/> 写し提供
	<input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項)	:	<input type="checkbox"/> 閲 覧	<input type="checkbox"/> 写し提供
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	:	<input type="checkbox"/> 閲 覧	<input type="checkbox"/> 写し提供
	<input type="checkbox"/> 要介護認定・要支援認定等結果通知書	:	<input type="checkbox"/> 閲 覧	<input type="checkbox"/> 写し提供

【本人同意欄】※本人が依頼者である場合は下記の記載、署名は必要ありません。

私は、上記の申出者が次の者であることを証するとともに、私の上記資料について、申出者が閲覧等を受けることに同意します。

- 私の親族：本人との関係 ()
- 私の居宅(介護予防)サービス計画の作成依頼の届出した指定居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター(指定介護予防支援事業者)
- 私と契約を締結又は締結予定の指定居宅(介護予防)サービス事業者又は介護保険施設又は指定地域密着型(介護予防)サービス事業者
- 私の主治医意見書を記載した医師

本人署名： _____ (印)

- 要綱第5条第2項の規定により上記本人の署名を省略します。

