

羽幌町介護保険要介護認定等に係る情報提供申請書

年 月 日

羽幌町長 様

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

次のとおり認定関係資料の提供を申請します。

1 必要とする認定関係資料の対象となる者の氏名等

氏名	
生年月日	
被保険者番号	
住所	
対象の認定関係資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項含む） <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果が分かる認定関係資料
申請理由	<input type="checkbox"/> サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> サービス提供のため <input type="checkbox"/> 施設入所申込みのため（ <input type="checkbox"/> 優先・特例入所申込みのため） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

※対象者の2人目以降は別紙に記入して下さい。

※「主治医意見書」については、優先・特例入所申込みに必要な場合以外は、被保険者本人(法定代理人含む)への情報提供は行えません。

注1 情報提供の申請にあたっては、申請者本人であることを証明するための書類（介護保険被保険者証、運転免許証、旅券、健康保険被保険者証、国民年金手帳等の写し）を添付してください。

2 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書が提出されている居宅支援(介護予防)事業所以外のサービス提供事業者については、入所(居)又はサービス提供に係る契約書の写しを添付してください。

3 申請者が「介護保険サービス事業者」又は「地域包括支援センター」の場合は、「事業所名等」及び「代表者の職氏名」を必ず記載してください。

羽幌町介護保険要介護認定等に係る情報提供申請書（別紙）

氏 名	
生 年 月 日	
被保険者番号	
住 所	
対 象 の 認定関係資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項含む） <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果が分かる認定関係資料
申請理由	<input type="checkbox"/> サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> サービス提供のため <input type="checkbox"/> 施設入所申込みのため（ <input type="checkbox"/> 優先・特例入所申込みのため） <input type="checkbox"/> その他（ ）
氏 名	
生 年 月 日	
被保険者番号	
住 所	
対 象 の 認定関係資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項含む） <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果が分かる認定関係資料
申請理由	<input type="checkbox"/> サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> サービス提供のため <input type="checkbox"/> 施設入所申込みのため（ <input type="checkbox"/> 優先・特例入所申込みのため） <input type="checkbox"/> その他（ ）
氏 名	
生 年 月 日	
被保険者番号	
住 所	
対象の 認定関係資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項含む） <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果が分かる認定関係資料
申請理由	<input type="checkbox"/> サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> サービス提供のため <input type="checkbox"/> 施設入所申込みのため（ <input type="checkbox"/> 優先・特例入所申込みのため） <input type="checkbox"/> その他（ ）