

介護保険認定関係情報提供依頼書

秩父市長 様

依頼者	氏名		事業者・ 施設の名称	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日		
	住所			
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族（同居親族、本人との関係 ） <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 介護サービス提供に係る契約を締結している事業者 <input type="checkbox"/> 委任を受けた者(本人との関係)		

下記被保険者の介護保険認定関係情報の提供(交付)を依頼します。なお、閲覧等により知り得た事項は、目的以外に使用しないことを誓約いたします。

記

被保険者	氏名		被保険者 番号	
	生年月日	大・昭 年 月 日		
	住所			
提供目的	1 介護計画作成のため 2 特別養護老人ホーム入所参考資料のため 3 その他()			
提供方法	1 閲覧 2 写しの交付			
提供事項	1 要介護認定に係る調査結果(特記事項を含む。) 2 主治医意見書 3 介護認定審査会に関するもの 4 その他市長が特に必要と認めるもの			

- ※1 依頼者は、本人確認書類(運転免許証等)を提示してください。
- ※2 医師の同意のない主治医意見書は情報提供できません。
- ※3 事業者は被保険者と「居宅介護支援」、「介護予防支援」又は「介護サービス」の提供について契約を締結している者に限られます。

市記入欄 【申請方法】 窓口申請 郵送申請

依頼者の確認	本人との関係の確認	交付枚数	受付者
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 居宅の届出		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 施設入退所連絡票		
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> サービス提供契約書		
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()		