介護保険認定情報提供申請書

　　年　　月　　日

（あて先）三鷹市長

事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　 電　　話

依頼者　氏　　名

* 介護支援専門員登録証明書番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　 □ 看護師 □ 社会福祉士

　　　介護保険法に基づくサービスを円滑に実施するため、下記の者に対する介護保険認定情報の

申請をいたします。なお、下記のとおり本人の同意を得ております。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者住所 |  |
| 対象者氏名 |  |
| 対象者生年月日被保険者番号 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象情報 | 介護保険要介護認定・要支援認定等に係る　□ 基本調査書（特記事項含む）　□ 主治医意見書 |
| □ 最新のもの　　□ 　　　年　　月　　日付け認定のもの |
| 申請理由 | 　□ 介護サービス計画作成のため　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　　「その他」にチェックした場合、理由を具体的にご記入ください。 |
| 居宅届出書（※）での同意 | 　□ 本人同意については、居宅届出書にて記入済み |
| 備考 |  |

　　　※居宅サービス計画作成（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

本人同意書

私は、上記の者が私の介護認定情報の提供を受けることに同意します。

※成年後見人が署名する場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。

　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　生年月日　　　明 ・ 大 ・ 昭　 　　年　　 　月　　 日