

(様式第1号)

受付印

介護保険認定関係情報 提供依頼書

徳島市長様

次のとおり 閲覧 ・ 交付 を依頼します。(閲覧・交付のいずれかに○を付けてください。)

依 頼 者

事業所名称

(※事業所印が必要です)

印

事業所の所在地
及び連絡先

() —

施設管理者
氏名

提出者
氏名

(提出者) 介護支援専門員の資格 あり ・ なし 登録番号

認定申請に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書の交付について、ケアプラン作成の目的以外では利用しないこと及び個人情報であることに留意し、介護保険法第69条の34～37の規定事項及び徳島市介護保険サービス利用に係るケアプラン作成のための認定情報の提供に関する要綱第7条の遵守事項に沿って適正に扱うことを誓約します。

※該当する箇所にレ点を記入してください。

- 被保険者の介護度と認定期間、被保険者証は確認している。
- 「サービス計画作成依頼届出書」は提出している。

※下記の事業所については、申請時にサービス契約書等の写しの添付が必要。

- 特定施設入居者生活介護計画を作成する介護支援専門員である。
- 介護保険施設サービス計画を作成する介護支援専門員である。
- 認知症対応型共同生活介護計画を担当する介護支援専門員または計画作成者である。

ケアプラン作成のため情報提供を希望する被保険者

被保険者番号

000

被保険者氏名

介護度

認定期間

令和 . . . ~ 令和 . . .

閲覧希望日 (閲覧する場合)

月 日 : ~ :

受領者

受け取り署名

※窓口で受領される際は、提出者氏名・被保険者氏名を職員にお伝えください。

※上記太枠内をご記入ください。

(注) この線より下は使用しないでください。

本人	医師	情報提供	返却受付者	当日対応者
同・無	同・無	1 : 主治医意見書 2 : 認定情報(事務局用) 3 : 認定調査票(特記事項)		

受付	交付予定日
/	

課長	課長補佐	係長	担当	作成者	枚数	認定申請日

交付日印

郵送受付
確認欄

- 介護支援専門員証 事業所証明 切手 返信用封筒
- 契約書(施設・グループホーム)

No.