

## 介護保険 介護・支援サービス計画に係る 要介護・要支援認定関係資料の提供申請書

檜原村長 殿

令和 年 月 日

申請者	ふりがな			
	氏名	Ⓜ		
所属機関	名称			
	所在地	電話 ( )		
	区分	地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業者 ・ 居宅サービス事業者 介護保険施設 ・ 主治医 ・ 認定調査員		

次のとおり申請します。なお、提供を受けた資料の取扱いについては、別紙の遵守事項を守り、適正に管理することを約束します。

被保険者	被保険者番号		性別	男 ・ 女
	ふりがな 氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	檜原村		
提供資料	閲覧を希望する項目に <input type="checkbox"/> を記載してください。 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 認定調査票（概況調査） <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 認定調査票（基本調査） <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 複写 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 二次判定結果			

〔本人同意欄〕 ※要介護等認定申請書に情報提示に関する同意署名押印がされている場合は記入不要です。  
 上記資料について、介護・支援サービス計画を作成するために、申請者に提供することに同意します。

署名 印

処理欄	受付	受付者 _____	確認	<input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> 本人同意署名 <input type="checkbox"/> 医師同意チェック <input type="checkbox"/> 本人と申請者との関係
	提供日	令和 年 月 日		