

要介護認定等情報提供申出書

年 月 日

※太枠内すべてを記入し、提出してください。

申出者	氏名又は 事業所・ 施設の名称							本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人
		(担当者氏名)							<input type="checkbox"/> 家族
	事業所番号								<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	住所 所在地								<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所
									<input type="checkbox"/> 介護保険施設

※介護（介護予防）サービス計画を作成する際、必要な場合に提出してください。

下記の被保険者の要介護認定状態の情報提供を申出ます。

	氏名	被保険者番号	認定日	要介護認定状態区分
1			年 月 日	非該当・要支援（ ）・要介護（ ） 有効期間 年 月 日～ 年 月 日
2			年 月 日	非該当・要支援（ ）・要介護（ ） 有効期間 年 月 日～ 年 月 日
3			年 月 日	非該当・要支援（ ）・要介護（ ） 有効期間 年 月 日～ 年 月 日
(申出の理由)				有効期間 (要 ・ 不要)
1. ケアプラン等の作成 2. 支援事業所などへの報告・協議 3. その他 ()				

上記の要介護認定状態に該当する要介護・要支援認定申請において、被保険者から情報提供の同意がない場合、裏面の同意が必要です。

受付処理者	確認者

(文書取扱)

都城市介護保険課認定担当

☎ (0986) - 23 - 3191

FAX (0986) - 23 - 2143

1	<p>《同意欄》</p> <p>介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる介護認定審査会による判定結果を、都城市から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若しくは介護保険施設の関係人に情報提供することに同意します。</p> <p>氏名 _____ (代筆者氏名) _____ 続柄 () _____</p>
---	--

2	<p>《同意欄》</p> <p>介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる介護認定審査会による判定結果を、都城市から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若しくは介護保険施設の関係人に情報提供することに同意します。</p> <p>氏名 _____ (代筆者氏名) _____ 続柄 () _____</p>
---	--

3	<p>《同意欄》</p> <p>介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる介護認定審査会による判定結果を、都城市から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若しくは介護保険施設の関係人に情報提供することに同意します。</p> <p>氏名 _____ (代筆者氏名) _____ 続柄 () _____</p>
---	--