|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※  決裁覧 | 課　長 | 主　幹 | 課長補佐 | 係　長 | 係　員 | 決済日 | 平成 年 月 　日 |
|  |  |  |  |  | 施行日 | 平成 年 月 　日 |
| 施行者 |  |

（伺い）平成　　年　　　月　　　日

本件について、次のとおり情報を提供することとしたい

|  |  |
| --- | --- |
| ※本人同意確認 | □要介護等認定申請書　　・　　□その他（　　　　　　　） |
| ※主治医同意確認 | □主治医意見書　・　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| ※写しの交付 | □あり　　・□なし |
| ※備　考 |  |

**要介護認定等に係る個人情報提供依頼書**

古殿町長　岡 部 光 徳 様

平成　　年　　月　　日

介護サービス計画作成のため、次のとおり要介護認定に係る情報提供について依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供依頼者 | 居宅介護支援事業所名又は介護保険施設、居宅サービス事業所、医療機関名 | 印 |
| 所　　在　　地 | 〒 |
| 電　話　番　号 |  |
| 担 当 者 氏 名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 氏　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  | | |
| 提供依頼する情報 | 認定調査票・主治医意見書・一次判定結果・認定審査会の判定結果 | | |

注　※の欄は記入しないで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 氏　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  | | |
| 提供依頼する情報 | 認定調査票・主治医意見書・一次判定結果・認定審査会の判定結果 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 氏　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  | | |
| 提供依頼する情報 | 認定調査票・主治医意見書・一次判定結果・認定審査会の判定結果 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 氏　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  | | |
| 提供依頼する情報 | 認定調査票・主治医意見書・一次判定結果・認定審査会の判定結果 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 氏　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  | | |
| 提供依頼する情報 | 認定調査票・主治医意見書・一次判定結果・認定審査会の判定結果 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 氏　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  | | |
| 提供依頼する情報 | 認定調査票・主治医意見書・一次判定結果・認定審査会の判定結果 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 氏　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  | | |
| 提供依頼する情報 | 認定調査票・主治医意見書・一次判定結果・認定審査会の判定結果 | | |