

令和	年	月	日
係	係長	補佐	課長

令和 年 月 日

## 要介護・要支援認定情報提供申請書

調布市長宛

事業所名： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

申請者氏名： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

介護支援専門員登録番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険法に基づく介護サービス計画または介護予防サービス計画のために、下記の者に対する要介護・要支援認定における情報提供を申請いたします。

なお、提供後は個人情報保護のため、下記注意事項を遵守し取扱いには十分注意いたします。

対象者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
対象者住所 (住民登録地)			
被保険者番号			
対象の情報	年 月 日認定にかかる	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 主治医意見書
備考			

注1：2人目以降については別紙に記入してください。

注2：申請後、1か月以内に受領に来られない場合は書類を破棄します。

### <注意事項>

- 1 個人情報の秘密保持に関すること
- 2 依頼理由以外の使用及び第三者への提供の禁止に関すること
- 3 個人情報の複写・複製の禁止に関すること  
(指定福祉用具貸与事業者より指定福祉用具貸与日を算定するために情報提供を求められた場合を除く。本人より調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得ること。)
- 4 事故発生時における報告義務に関すること
- 5 利用期間終了後の返還又は廃棄に関すること

### ◆受領時記入欄

受領日	年 月 日
受領者氏名	

※ 受領の際は介護支援専門員登録証明書(携帯用)を御提示ください。

調布市 受付印	調布市 確認欄	
	ケアプラン 作成届	有・無
	本人同意 (申請書)	有・無
	主治医同意 (意見書)	有・無

要介護認定情報提供申請書（別紙）

対象者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
対象者住所						
被保険者番号						
対象の情報	年 月 日認定にかかる			<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書		
備 考			プラン 作成届出	有・無	申請書	有・無
					意見書	有・無
対象者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
対象者住所						
被保険者番号						
対象の情報	年 月 日認定にかかる			<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書		
備 考			プラン 作成届出	有・無	申請書	有・無
					意見書	有・無
対象者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
対象者住所						
被保険者番号						
対象の情報	年 月 日認定にかかる			<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書		
備 考			プラン 作成届出	有・無	申請書	有・無
					意見書	有・無
対象者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
対象者住所						
被保険者番号						
対象の情報	年 月 日認定にかかる			<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書		
備 考			プラン 作成届出	有・無	申請書	有・無
					意見書	有・無
対象者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
対象者住所						
被保険者番号						
対象の情報	年 月 日認定にかかる			<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書		
備 考			プラン 作成届出	有・無	申請書	有・無
					意見書	有・無