

(様式第1)

介護保険 認定調査票・主治医意見書の情報提供に係る申請書

(宛先) 東大阪市長

(申請日) 令和 年 月 日

申請者	事業者(法人)	事業所・施設名			被保険者との関係 ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 地域包括支援センター ☐ 介護保険施設 ☐ 地域密着型サービス等事業者 ※ ☐ 特定施設	
	担当者(介護支援専門員等)	事業所・施設の所在地 〒	電話番号	—		

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護を除く。

下記の被保険者から依頼をうけ、居宅サービス計画、介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメント等の作成のために利用したいので、下記書類の提供を申請します。
なお、提供を受けた情報は、介護サービス計画の目的以外には一切使用しないこと及びその情報の管理については適切に行い、知り得た個人情報については第三者に漏らさないことを誓約します。

★窓口で情報提供資料を受け取る場合は、来庁された方のご本人確認書類(運転免許証等)と、事業者にも所属することがわかる職員証等の提示が必要です。

※太枠内のみ記入してください

	被保険者番号	氏名	認定状況	生年月日	開示申請書類	本人の同意	依頼の届出	認定調査票	主治医意見書
1			☐ 介護・支援	明・大・昭・西暦	☐ 認定調査票	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示
			☐ 事業対象	年 月 日	☐ 主治医意見書				
2			☐ 介護・支援	明・大・昭・西暦	☐ 認定調査票	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示
			☐ 事業対象	年 月 日	☐ 主治医意見書				
3			☐ 介護・支援	明・大・昭・西暦	☐ 認定調査票	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示
			☐ 事業対象	年 月 日	☐ 主治医意見書				
4			☐ 介護・支援	明・大・昭・西暦	☐ 認定調査票	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示
			☐ 事業対象	年 月 日	☐ 主治医意見書				
5			☐ 介護・支援	明・大・昭・西暦	☐ 認定調査票	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示
			☐ 事業対象	年 月 日	☐ 主治医意見書				
6			☐ 介護・支援	明・大・昭・西暦	☐ 認定調査票	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示
			☐ 事業対象	年 月 日	☐ 主治医意見書				
7			☐ 介護・支援	明・大・昭・西暦	☐ 認定調査票	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示
			☐ 事業対象	年 月 日	☐ 主治医意見書				
8			☐ 介護・支援	明・大・昭・西暦	☐ 認定調査票	有・無	有・無	開示・非開示	開示・非開示
			☐ 事業対象	年 月 日	☐ 主治医意見書				

以下は、記入しないでください。

市 確 認 欄	提供区分	提供日	提供資料の受領者		事業者にも所属する職員の確認書類	確認	受付	受付印
	☐ 窓口		☐ 担当者	☐ 担当者以外	☐ ケアマネ証・運転免許証等			
	☐ 郵送			(氏名)	☐ 職員証・名札等			
				(所属事業所名)	☐ その他()			