

要介護認定等情報提供申請書（事業者用）

年 月 日提出

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

受付整理番号

申請者	居宅介護支援事業所等の名称及び代表者氏名	居宅介護支援事業所 ○○○○ 代表者（管理者等）氏名 ○○○○	
	担当者氏名	担当者 ○○○○	
	居宅介護支援事業所等の所在地	〒○○○-○○○ ○○○市○○町○○○-○ (電話) 0957-00-0000	
	提供目的	1. 介護サービス計画等の作成 2. 地域ケア会議における個別事例の検討 3. 指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討のための委員会での特例入所対象者への優先入所対象者の判定 自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決	
	1. 窓口交付は、介護保険課（島原市役所有明庁舎3階）のみでの交付。 ※即日交付はできませんのでご注意ください。		
	提供方法	1. 窓口 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 郵送（要返信用封筒） <input type="checkbox"/> 3. 情報通信 <input type="checkbox"/>	

次のとおり要介護認定等資料の提供（交付）を申請します。

1	被保険者氏名	広域 花子	被保険者証番号	0000123456
	生年月日	昭和○年○月○日	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
	住所			
	サービス計画作成依頼日（又は主治医意見書・認定調査票を作成した期日）			
	提供を依頼する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 主治医意見書	<input checked="" type="checkbox"/> 2 認定調査票	提供目的
2	被保険者氏名		被保険者証番号	
	生年月日		性別	
	住所			
	サービス計画作成依頼日（又は主治医意見書・認定調査票を作成した期日）			
	提供を依頼する書類	<input type="checkbox"/> 1 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 2 認定調査票	提供目的

上記の「提供目的」から該当する番号を記入。（複数選択可）

※ 裏面の留意事項をご参照のうえご記入下さい。

受付印	
-----	--

受領者署名（窓口の場合）

事業所名 _____

受領者名 _____

※ 受領の際に記入して下さい。

※ 窓口を希望される場合は、受領者の本人確認書類をご提示ください。

※本人確認 個人番号カード 運転免許証 身分証明書（社員証） 被保険者証 その他（ _____ ）

留 意 事 項

- (注1) 「申請者」の「居宅介護支援事業所等の名称及び代表者氏名」は、下記の区分により記入し、代表者の方のお名前をご記入いただきご提出をお願いいたします。
- ① 介護サービス計画を担当する居宅介護支援事業者として指定を受けている事業所の名称
 - ② 介護サービスの提供を行う居宅サービス事業者又は施設サービス事業者として指定を受けている事業所の名称
 - ③ 主治医意見書を記載された主治医の場合は、保険医療機関等の名称
- (注2) 「申請者」の担当者氏名は、①、②の場合は担当介護支援専門員の方のお名前、③の場合は主治医の方のお名前をご記入ください。
- (注3) 「申請者」の「提供方法」については、希望する番号に○印を付けて下さい。
郵送を希望される場合は、切手を貼った返信用封筒を添付してください。
- (注4) 要介護認定等情報提供申請件数が3件以上の場合には、「(様式第2号) つづき」にご記入のうえご提出をお願いいたします。
- (注5) 窓口を希望される場合は、受領の際に本人確認書類をご提示ください。
個人番号カード・運転免許証・身分証明書(社員証)・被保険者証等

