

介護保険認定情報提供依頼書

年 月 日

武蔵野市長 殿

事業者名 ○○○○**居宅介護支援事業所**

住 所 **武蔵野市緑町2-2-28**

氏 名 ○○○ □□

電 話 **0422 (60) 1925**

介護支援専門員登録証番号

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ケアマネジャーが依頼者になります。

依頼者

介護保険法に基づくサービスを円滑に実施するため、下記の者に対する介護保険認定情報が必要ですので提供を依頼します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 対象者住所 | 武蔵野市 緑町2-4-1 | | | | | | | | | | | | |
| 対象者氏名 | △△ ×× | | | | | | | | | | | | |
| 対象者生年月日 被保険者番号 | 大正10年1月1日 | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 対象情報 | <input checked="" type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日付け <small>介護保険要介護認定・要支援認定時</small> | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 基本調査結果 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 | | | | | | | | | | | | |
| 依頼理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | | | |
| 武蔵野市の被保険者としての介護サービス計画の作成回数 | <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 ※本人同意書への署名が必要になります。 <input type="checkbox"/> 2回目以降 | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |

認定日がわかる場合は（被保険者証で確認してください）記入してください。

武蔵野市の被保険者として初めてケアプランを作る利用者のみ、同意を取ってください。
 同意を取る場合、氏名欄は、本人が記入。
 （ゴム印、印字、フリクション等は不可）

武蔵野市の被保険者として初めてケアプランを作る利用者のみ

介護サービス計画の作成に必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわらず、同意をいただく必要があります。同意をいただく場合は、本人が記入してください。同意を取る場合、氏名欄は、本人が記入してください。（ゴム印、印字、フリクション等は不可）

負担割合を武蔵野市から地域包括支援センターへお申し込みの際は、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、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

氏 名 △△ ××

■市記入欄

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 本同意書 | <input type="checkbox"/> 認定台帳情報開示 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼届出書 |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|