

要介護認定等に関する情報提供申請書

年 月 日

北アルプス広域連合長 様

太枠内に必要事項を記入し、□に✓印をしてください。

※ 市町村・広域処理欄には記入しないでください。

提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付
------	-----------------------------	--------------------------------

申請者	申請者の区分	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)	
	住所	(事業者等の場合は事業所の所在地) ※ 本人の場合は記入不要	
	氏名	(事業者等の場合はその名称及び代表者名)	
	連絡先	電話	
	複写の受領方法	<input type="checkbox"/> 郵送希望(※ 要実費負担)	<input type="checkbox"/> 広域事務所での直接受取
※ 市町村・広域処理欄	申請者資格要件確認書類(介護保険被保険者証等: _____)		

情報提供に係る「被保険者」	フリガナ	_____									
	氏名	_____									
	住所	_____									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
	被保険者番号										
情報提供申請理由	<input type="checkbox"/> ケアプラン等作成のため <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)										
情報提供申請に係る認定結果情報等	認定年月日	年	月	日	要介護等状態区分	自立	要支援 1・2				
							要介護 1・2・3・4・5				
	認定有効期間	年		月	日	～	年		月	日	
情報提供を希望する認定関係資料	認定関係資料名					※ 広域処理欄					
						被保険者同意	主治医同意		資料提供可否		
	<input type="checkbox"/> 認定調査結果(概況調査・基本調査)					有・無			可・否		
	<input type="checkbox"/> 認定調査結果(特記事項)					有・無			可・否		
<input type="checkbox"/> 主治医意見書					有・無	有・無		可・否			

北アルプス広域連合要介護認定等に関する情報提供制度実施要綱
 第6条 情報提供制度による資料の提供を受けた者(本人を除く)は、当該資料を本人の介護等サービス計画の作成以外の目的のために使用し、又は提供してはならない。
 ※ なお、複写を希望される場合は1枚あたり10円の複写料を、郵送を希望される場合は実費を負担いただきます。

	市町村	広域		
担当者印	・	・	資料提供日・申請却下日	
			年	月 日

・複写枚数 枚 ・郵送代金 円