

第1号様式

要介護認定に係る情報提供申請書

令和 年 月 日

西川町長様

要介護認定情報の提供を申請します。

備考 太枠内を記入し、該当箇所(□)に「√」印をつけてください。

申請者	事業所名	(担当ケアマネージャーの氏名)			
	住所及び電話番号	電話番号 ()			
	事業者区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 (介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定特定施設入所者生活介護事業者 (地域密着型含む) <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護事業者 (介護予防事業者含む) <input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護事業者 (介護予防事業者含む) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			
被保険者	氏名		被保険者番号		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	住所及び電話番号	電話番号 ()			
情報提供の申請にかかる要介護認定関係資料		<input type="checkbox"/> 一次判定結果 (コンピュータにより出力された基本調査情報の記載された介護認定審査会資料) <input type="checkbox"/> 認定調査票の特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書			
町確認欄	同意確認	本人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		受付者氏名	
		主治医 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			