

介護保険認定情報提供依頼書

浜田地区広域行政組合管理者 様

住 所
事業所名称
代表者名
担当者名
電話番号

内容について問い合わせる場合がありますので、記入してください。

介護サービス計画作成等のため、下記のとおり情報提供を依頼します。なお、提供を受けた情報は、「浜田地区広域行政組合介護保険認定情報提供要綱」に基づき、適切に取り扱うことを誓約します。

No.	申請日	施設入所日又は 居宅届出日	提供を希望する情報
1	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
2	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input checked="" type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
3	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
4	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
5	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活自立度
6	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度

どの時期の認定情報が必要なかを確認するため、「**要介護（要支援）認定の申請日**」を記入してください。申請日が不明な場合は、**認定日**を記入してください。

要支援・要介護者分を一緒に書いてください

特記事項にチェックがあっても、認定調査を依頼事業所が行っている場合、特記事項の提供は行いません。

認知症加算算定のため、認知症高齢者の日常生活自立度等の情報が必要な場合は、チェックしてください。それ以外は、チェックは不要です。

- (注) 1 情報提供は、「要介護・要支援認定等申請書」において当該被保険者の同意が得られている場合に限り（主治医意見書の場合にあっては、当該主治医意見書において当該主治医の同意が得られている場合に限り）行います。
- 2 この依頼書は、「要介護・要支援認定等申請書」の手続きの後、窓口又は郵送により提出してください。
- 3 情報提供は、原則として郵送により行います。情報提供を窓口で受け取られる場合は、身分証明書の提示を求める場合があります。
- 4 施設入所の方については、入所日を必ず記入してください。

個人情報保護の観点から、FAXでの依頼の受付、情報提供は行いません。