

様式 1

海老名市介護保険認定審査資料情報提供申請書

令和 年 月 日

海老名市長 殿

被保険者からの介護サービス計画作成の依頼に基づき、海老名市が保有する情報提供を申請します。

なお、資料の提供を受けた際には裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

申請者	氏名	(ふりがな) -----	印	職 種 又は 資格等	<input type="checkbox"/> 所長・施設長 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 職員・従業員等
	居宅介護支援事業者又は介護保険施設等の名称及び所在地				
	所在地	〒 -----			
	名称	-----			
連絡先	Tel ( ) -----				
申請内容	申請目的	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画			
	申請資料	<input type="checkbox"/> 審査判定結果 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 調査特記事項 <small>※認定調査全項目については審査判定結果に記載されています。</small>			
	資料提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送 <small>※返信用封筒を添付してください。</small>			
	情報利用期間	認定日                      年   月   日 の認定有効期間 (      年   月   日 ~      年   月   日 )			
	緊急性の有無	<input type="checkbox"/> あり(下記にその理由を記載してください) <input type="checkbox"/> なし <small>早急に情報提供が必要な理由と受領希望日 : (受領希望日:      月   日)</small>			
被保険者	被保険者番号	-----			
	氏名	(ふりがな) -----	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年   月   日生		
	住所	〒243-04                      Tel ( ) -----			

※市記入欄(以下は、記入しないで下さい。)

申請者確認	<input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )				
居宅サービス計画作成依頼届出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(自己作成) / <input type="checkbox"/> なし(施設サービス計画のため不要)				
添付資料	<input type="checkbox"/> 個人情報利用同意書写 <input type="checkbox"/> 契約書写 <input type="checkbox"/> 入所申込書写 <input type="checkbox"/> その他( )				
被保険者の同意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		主治医意見書の同意		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
複写代	円 (内訳      枚×@10)		情報提供		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 [      ]
起案日	令和	年	月	日	課長      係長      担当      情報提供日 年   月   日
決裁日	令和	年	月	日	