

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別紙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。

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	
		〒243-04 Tel () -							
申 請 者	氏 名	(ふりがな)				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	認定申請日 令和 年 月 日							
		認定日 令和 年 月 日 の認定有効期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) <small>※申請日時点で認定日が未定の場合は申請日のみ記入してください。</small>							
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 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)								

※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		
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
決裁日	令和 年 月 日		年 月 日