

要介護認定等資料提供申出書（事業者用）

年 月 日

小布施町長 様

- 【 事業者所在地
 申 事 業 者 名
 請 代 表 者 名
 者 連絡先（電話）
 】 サービス種類
- 居宅介護（予防）支援事業
 - 介護保険施設
 - (看護)小規模多機能型居宅介護
 - 認知症対応型共同生活介護
 - (地域密着型)特定施設入所者生活介護
 - 地域密着型介護老人福祉施設

次のとおり、要介護・要支援認定に関する資料の提供をしてください。

提供を受けたい 要介護認定情報	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 30px; text-align: center; vertical-align: middle;">対 象 者</td> <td style="width: 100px;">住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td>大・昭 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>被保険者番号</td> <td style="border: 1px dashed black;"></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">認定通知の時期 _____ 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査） <input type="checkbox"/> 主治医意見書</p> <p><input type="checkbox"/> 認定調査票（基本調査） <input type="checkbox"/> 一次判定結果</p> <p><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 二次判定結果</p>	対 象 者	住 所		氏 名		生 年 月 日	大・昭 年 月 日	被保険者番号	
対 象 者	住 所									
	氏 名									
	生 年 月 日		大・昭 年 月 日							
	被保険者番号									
使用する業務名 及び使用目的	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の作成 <input type="checkbox"/> 特定施設サービス計画の作成 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画の作成 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護計画の作成 <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護計画の作成 <input type="checkbox"/> 地域密着型施設サービス計画の作成									
使 用 期 間	_____ 年 月 日から									
備 考	提供方法： 閲覧 ・ 写しの交付									
対象者の 同意 (いずれ かに☑)	<input type="checkbox"/> 資料提供について要介護認定・要支援認定申請書で同意済み <input type="checkbox"/> 委任状を提出する。 <input type="checkbox"/> 資料提供に係る同意について、契約書等の写しを提出する。 <input type="checkbox"/> 以下に署名して同意する。 上記申請者に対し、町が保有する私の上記の要介護・要支援認定に関する資料を提供することに同意します。 なお、上記申請者は、私の介護サービス計画等の作成業務を行う事業者であることを申し添えます。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div> 本人署名 _____									