介護保険認定関係資料提供申請書

奥多摩町長　殿

令和　　　年　　　月　　　日

住　　所

申請者　氏　　名

電　　話

事業者名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　介護支援専門員登録証番号

　介護保険法に基づくサービスを円滑に実施するため、下記の者に対する介護保険認定情報が必要ですので提供を申請します。なお、本人の同意は得ており、提供を受けた資料の扱いについては、遵守事項を守り、適正に管理することを約束します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者住所 | 奥多摩町 | | | | | | | | | | |
| 対象者氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 対象者生年月日被保険者番号 | 明・大・昭  　　　　　年　　月　　日 | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |
| 対象者情報 | 令和　年　月　日付介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知に係る  □閲覧　□複写　　基本調査結果  □閲覧　□複写　　主治医意見書  □その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 依頼理由 | □　介護サービス計画作成のため  □　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

**町記入欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提供可否 | □　可　　　□　非（理由　　　　　　　　　　　） | 受付印 |
| 提供日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |  |
| 確　認 | □　本人同意署名　□　医師の同意  □　本人と申請者との関係（　　　　　　　　　　　　） |
| 備　考 | |