

要介護認定等に係る情報提供申込書

年 月 日

(宛先)伊勢原市長

私は、次の要介護者等の要介護認定又は要支援認定に係る情報提供について、伊勢原市における要介護認定等に係る情報提供に関する事務処理要領に基づき申込みます。  
申込者

法人名・事業者・施設名称	
事業者区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 事業者指定番号 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設
所在地	〒
フリガナ	
申込者氏名	
必要な情報	裏面の情報提供対象者一覧に記載する要介護認定又は要支援認定に係る情報 *取扱上の遵守事項を参照のこと

◎提供を受けようとする資料に関し、次の取扱上の注意を遵守します。

- (1) 本人の介護サービス計画作成以外の目的に使用しないこと。
- (2) 本人、親族等に知らせ、又は提供しないこと。(必要があれば、市から本人宛に提示又は提供をすること。)
- (3) サービス担当者会議等において用いる場合は、予め本人の同意を文書により得ておくこと。
- (4) 厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めること。また、紛失又は破損した場合は、直ちに市に連絡し、その指示に従うこと。
- (5) 本人の居宅介護支援又は施設サービスの提供に係る契約事務が終了したとき、その他所持する必要がなくなったときは、原則として、速やかに、当該資料(それを複写し、又は複製したものを含む。)を責任を持って廃棄すること。
- (6) 市から資料の提示若しくは提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じること。

※情報提供を受けようとする申込者は、次の書類を提示してください。

介護支援専門員実務研修修了証明書(携帯用)  事業者等が発行する身分証明書

※代理人が申込手続きを行うときは、次の書類の写しを必ず添付してください。

申込者の介護支援専門員実務研修修了証明書(携帯用)  事業者が発行する代理人の身分証明書

修了証明書(携帯用)番号	確認者
身分証明書番号	

第2号様式(裏面)(第4条関係)

情報提供対象者一覧

※申込者は、太枠内をご記入ください。

No	フリガナ 氏 名	被保険者番号	生年月日	サービス 計画の区分	事務処理欄					備考
					2次判定日、 結果	審査会意見の 有無	サービス計画 作成依頼届出 状況	同意確認		
								本人	主治医	
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意
			M T S 年 月 日	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設	..... -----	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 届出あり <input type="checkbox"/> 届出なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全(審査意なし) 基本シート・特記 主医意・審査意

◎施設入所者の施設サービス計画作成申出書 (居宅・介護予防サービス計画作成の場合、以下の欄は記入不用です。)

サービス計画の区分欄「施設該当者」は、当施設に入所又は入所予定のため、当施設において施設サービス計画を作成することを申し出ます。

年 月 日

入所開始(予定)年月日

介護保険施設名・所在地・電話番号

管理者氏名

