

## 介護サービス計画作成のための認定資料提示申請書

年 月 日

大津市長

住 所

事業所名

代表者名 \_\_\_\_\_

下記の者について、介護サービス計画作成を行うため、次のとおり認定資料の提示を申請します。

なお、認定資料については、介護サービス計画作成のためにのみ利用し、提示により知り得た内容を第三者に漏らさないことを約します。

### 記

|            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日       | 明・大・昭 年 月 日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性別 | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |
| 提示をを求める書類  | <input type="checkbox"/> 介護保険認定調査票<br><input type="checkbox"/> 介護保険主治医意見書<br><input type="checkbox"/> 介護認定結果通知書 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 提示の方法      | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 提示を受ける者の職名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 提示を受ける者の氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |  |  |  |  |  |  |  |

※ 提示を受ける者の身分を証する書類を添付してください。

※ 裏面の注意事項を必ずお読みください。

## 同意書

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、表面に記載する認定資料の提示を申請した事業所の、介護サービス計画を作成する関係人に提示することに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (被保険者との続柄 \_\_\_\_\_)

※被保険者氏名を代筆した場合のみ記入

### 注意事項

1. 提示により知り得た内容は、介護サービス計画を作成するために限り提示したものであり、要介護（支援）者本人、その家族、その関係者及び主治医であっても漏らしてはいけません。
2. 認定資料の写しの交付に要する費用は、申請者の負担とします。
3. 被保険者が、身体的・精神的な理由で署名できない場合、代筆者が被保険者氏名を代筆できます。