

(様式第1号)

受付印

介護保険認定関係情報 提供依頼書

徳 島 市 長 様

次のとおり 閲覧 ・ 交付 を依頼します。(閲覧・交付のいずれかに○を付けてください。)									
依 頼 者									
事業所名称		(※事業所印が必要です) 印							
事業所の所在地及び連絡先		☎ () —							
施設管理者氏名		フリガナ		提出者氏名					
(提出者) 介護支援専門員の資格		あり ・ なし		登録番号					
認定申請に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書の交付について、ケアプラン作成の目的以外では利用しないこと及び個人情報であることに留意し、介護保険法第69条の34～37の規定事項及び徳島市介護保険サービス利用に係るケアプラン作成のための認定情報の提供に関する要綱第7条の遵守事項に沿って適正に扱うことを誓約します。									
※該当する箇所にレ点を記入してください。 ☐ 被保険者の介護度と認定期間、被保険者証は確認している。 ☐ 「サービス計画作成依頼届出書」は提出している。									
※下記の事業所については、申請時にサービス契約書等の写しの添付が必要。 ☐ 特定施設入居者生活介護計画を作成する介護支援専門員である。 ☐ 介護保険施設サービス計画を作成する介護支援専門員である。 ☐ 認知症対応型共同生活介護計画を担当する介護支援専門員または計画作成者である。									
ケアプラン作成のため情報提供を希望する被保険者									
被保険者番号		000				被保険者氏名			
介護度				認定期間		令和 . . ～令和 . .			
閲覧希望日 (閲覧する場合)				月 日 : ～ :					

受領者	受け取り署名		※窓口で受領される際は、提出者氏名・被保険者氏名を職員にお伝えください。

※上記太枠内をご記入ください。

(注) この線より下は使用しないでください。

本人	医師	情報提供		返却受付者	当日応対者	受付	交付予定日
同・無	同 無 記載なし	1	: 主治医意見書			/	
		2	: 認定情報(事務局用)				
		3	: 認定調査票(特記事項)				
課長	課長補佐	係長	担当	作成者	枚数	認定申請日	交付日印
郵送受付 確認欄		☐ 介護支援専門員証 ☐ 事業所証明 ☐ 切手 ☐ 返信用封筒 ☐ 契約書(施設・グループホーム)					

必 要 書 類

事業所 種別	居宅介護（予防）支援 事業所	施設・グループホーム	転 出 先 事 業 所
窓 口 申 請	①介護保険認定関係情報 提供依頼書 ②介護支援専門員証 ③事業所で勤務している ことを証明できる名刺等	①介護保険認定関係情報 提供依頼書 ②介護支援専門員証 ③事業所で勤務している ことを証明できる名刺等 ④契約書の写し（被保険 者氏名と事業所名、管理 者名等が記載されている もの）	①介護保険認定関係情報提供依頼書 （＊１） ②介護支援専門員証 ③事業所で勤務していることを証明で きる名刺等 ④契約書の写し（支援計画作成に係る 契約書や施設サービスに係る契約書 等、被保険者氏名と事業所名、管理者 名等が記載されているもの） ⑤転出先自治体より交付された最新の 被保険者証（届出事業所又は施設入 所・入院日が記入されていること）
郵 送 申 請	①介護保険認定関係情報提供依頼書 ②～上記の必要書類（写し） <u>認定関係情報を郵送で受け取る場合は切手と返信用封筒が必要です。（＊２）</u>		

＊１ 転出先の自治体において徳島市での認定を引き継ぎした場合のみ、交付の申請を行うことができます。

記載事項

- 徳島市での被保険者番号（分からなければ空白、または他市の被保険者番号）
- 徳島市在住の住所（余白に記入）
- 介護度・認定期間（引き継ぎした最新のもの）

＊２ 切手の料金についてはホームページ（「徳島市ホームページのトップページ」⇒「健康・福祉」⇒「事業者向け」⇒「郵送申請様式集」）の『返信用封筒の料金一覧』をご確認のうえ、申請をお願いします。