

(あて先) 浜松市長

住所 (所在地)

申出者 氏名 (事業者・施設名称)  
(担当者氏名)

電話

本人との関係  親族 (続柄: )

居宅介護支援事業所

要支援1、要支援2の被保険者が契約している地域包括支援センター

介護保険施設

地域包括支援センター

その他

### 要介護認定等の資料提供に係る申出書

要介護認定等の資料について、下記により資料の提供を申し出ます。

なお、この資料は以下の目的以外には使用いたしません。

- (1) 居宅サービス計画作成
- (2) 介護予防サービス計画作成
- (3) 介護予防ケアプランの作成
- (4) 地域ケア会議における個別事例の検討
- (5) 指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討のための委員会での特列入所対象者の判定及び施設への優先入所対象者の判定
- (6) 認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決定

#### 記

資料の外部提供 を必要とする 被保険者	氏名		被保険者番号										
	住所												
	生年月日	M	T	S	年	月	日						
アセスメント訪問日	令和 年 月 日				面接者	本人、 ( )							
提供を依頼する 資料及び方法	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査)						→		<input type="checkbox"/> 閲覧		<input type="checkbox"/> 複写		
	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (基本調査)						→		<input type="checkbox"/> 閲覧		<input type="checkbox"/> 複写		
	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項)						→		<input type="checkbox"/> 閲覧		<input type="checkbox"/> 複写		
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書						→		<input type="checkbox"/> 閲覧		<input type="checkbox"/> 複写		
提供を希望する窓口 (一個所選ぶ)													
	中 央	東	西	南	浜 名	北	天 竜	引 佐	三 ヶ 日	春 野	佐 久 間	水 窪	龍 山

本人同意欄

令和 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所

被保険者 氏名

電話番号

私の介護サービス計画作成等 (上記の(1)から(6)に限る)のため、浜松市が保有する私の上記資料について申し出者に提供することに同意します。

本人署名