

# 要介護認定情報提供申出書

令和 年 月 日

申 出 書	氏名又は地域包括 支援センター介護高 齢者係支援事業者	印										本 人 と の 関 係	1.本人
	担当者氏名												2. 家族( )
	事業所番号	3. 介護保険【要介護・要支援認 定】申請書に記載されている立会 人 ( )											
	住所・所在地	4. 地域包括支援センター											
													5. 届出のある介護支援事業所
													6. 介護保険施設

(注) 本人の自署以外の場合は、必ず押印して下さい。(押印のないものは、受付できません。)

下記の被保険者の要介護認定状態の情報提供を申し出ます。

(注) 太枠欄を記入して下さい。

氏 名	被保険者番号	認 定 日	要介護認定状態区分
		年 月 日	非該当・要支援( )・要介護( )
(申出の理由) 1. ケアプラン等の作成 2. 支援事業所などへの報告・協議 3. その他( )			
(特記事項)			

上記申出について同意します。(申出者が本人以外の場合に必要です。)

本人氏名

印 (本人自署の場合、印鑑は不要です。)

代筆者氏名

続柄( )

受付処理者	確認者

(文書取扱)

三股町 高齢者支援課 介護高齢者係  
電話 0986(52)9062