**要介護認定情報提供申出書**

令和　　年　　月　　日

１本人

本 ２家族（　　 　　　　）

申 氏名又は地域包　　　　　　　　　　　　 　人 ３介護保険【要介護・要支援

括支援センター 　 　 と　　 認定】申請書に記載されて

　　介護支援事業者　　　　　　　　　　　　　　　の　　 いる立会人

出　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　関　　（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　係 ４地域包括支援センター

　　 担当者氏名 ５届出のある介護支援事業所

者　 事業所番号　　　 ６介護保険施設

住　　　所

　　　所　在　地

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）太枠欄を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 被保険者番号 | 認 定 日 | 要介護認定状態区分 |
|  |  | 令和 年 月 日 | 非該当・要支援（　）要介護（　） |
| 有 効 期 間 | |
| （申出の理由） | | 令和 年 月 日　～　令和 年 月 日 | |
| 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、押印は不要です。）**

　　　　――――――――――――――――――――

代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　）

　　　　　――――――――――――――――――――

（文書取扱）

三股町高齢者支援課

　介護高齢者係

☎５２－９０６２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付処理者 | 確認者 | 申出者確認書類 |
|  |  | □介護支援専門員証　□運転免許証  □健康保険証　□個人番号カード  □その他（　　　　　　　　　　　　） |