

要介護認定情報提供申出書

令和 年 月 日

申 出 者	氏名、地域包括 支援センター 又は 介護支援事業者		本 人 と の 関 係	1 本人 2 家族 () 本人と契約を締結している 又は契約の締結を予定している 3 地域包括支援センター 4 居宅介護支援事業所 5 介護保険施設 6 居宅サービス等事業所
	氏 名 (窓口に来た人)			
	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	要支援 () 要介護 () 非該当
		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 ()

受付処理者	確認者	申出者確認書類
		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()

(文書取扱)
 三股町高齢者支援課 介護高齢者係
 ☎ 5 2 - 9 0 6 2