

介護サービス計画作成及び福祉サービス提供のための
資料の提示申請書(介護・**介護予防**)

江戸川区長 殿

申請年月日 年 月 日

下記のとおり、要介護認定・要支援認定に係る資料の提示を申請します。

なお、提示された資料については、使用目的のためだけに利用し、守秘義務を厳守します。

また、取り扱いには十分注意します。

申請者	名称 事業者印を押印	印		
	住所			
	電話番号		担当者氏名	
	使用目的 必ず記入			
居宅介護支援事業所が要支援者の申請をする場合は、○をつけてください【指定・委託・他】				

事前に居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出書または介護予防ケアマネジメント依頼届出書を提出している場合は、契約書等の写しを省略することができます。なお、要支援の方について、包括から委託を受けた居宅介護支援事業所が申請する場合は、三者間の契約書の写しを必ず添付してください。

被保険者	氏名		ふりがな	
	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	要介護度【 】	有効期間【令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日】		

提示を申請する資料(下記該当番号に 、コピー・閲覧のいずれかに をつけてください)

- 1 認定調査票(概況調査・基本調査・特記事項) 【 コピー ・ 閲覧 】
- 2 主治医意見書 【 コピー ・ 閲覧 】

介護サービス計画作成及び福祉サービス提供のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容及び主治医意見書を、上記の申請者に提供することに同意します。

要介護認定・要支援認定等申請書または居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書等に、資料提示について本人同意がある場合は、右記本人同意欄の署名は省略することができます。

本人氏名 (自署または代筆)

申請時に以下は記入しないでください。

資料提示日 年 月 日	本人同意 要介護認定等申請書 資料提示申請書 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出書等 同意なし	受付 番号
受取人氏名	主治医開示同意 同意する 同意しない 空欄(同意確認)	受付印
	担当者	