

(様式第2号)

# 介護保険認定関係資料交付申請書

受付印

徳島市長様

次のとおり申請します。

申 請 者	
事業所名称	印 連絡先
事業所所在地	
氏名	印
資格の有無	介護支援専門員の資格が ある ・ な い (登録番号)
<p>認定申請に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書の交付について、ケアプラン作成の目的以外では利用しないこと及び個人情報であることに留意し、介護保険法第69条の34～37の規定事項及び徳島市介護保険サービス利用に係るケアプラン作成のための認定情報の提供に関する要綱第7条の遵守事項に沿って適正に扱うことを誓約します。</p> <p>※該当する箇所にレ点を記入してください。  <input type="checkbox"/> 交付を希望する被保険者の被保険者証は確認している。  <input type="checkbox"/> 被保険者の介護度と認定期間は確認している。  <input type="checkbox"/> 「サービス計画作成依頼届出書」は提出している。  <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護計画を作成する介護支援専門員である。  <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護計画を作成する介護支援専門員である。</p> <p>※下記の事業所については、申請時にサービス契約書等の写しの添付が必要。  <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護計画を作成する介護支援専門員である。  <input type="checkbox"/> 介護保険施設サービス計画を作成する介護支援専門員である。  <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護計画を作成する介護支援専門員である。</p>	

ケアプランを作成するために写しの交付を希望する被保険者		保 険 者 記 載 欄	
被保険者番号	000	事業所	同・異
被保険者氏名		同意	本人 有・無
介護度			医師 有・無
認定期間	令和 ～ 令和	枚 数	

※上記太枠内をご記入ください。

(注) この線より下は使用しないでください。

情報提供		※ 1：主治医意見書			
可 (1・2及び3)		2：認定情報 (事務局用)			
不可 (1・2及び3)		3：認定調査票 (特記事項)			
課長	課長補佐	係長	担当	作成者	当日対応者

交付日印

No. 

--	--	--	--