

様式[事業者等→保険者]

介護(予防)サービス計画作成に係る資料提供申請書

年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

事業者番号
住 所
事業所名
管理者名
電話番号

印

別紙の介護保険の被保険者に係る介護(予防)サービス計画作成にあたって、資料提供されるよう申請します。

なお、資料の提供を受けた際は、大曲仙北広域市町村圏組合介護(予防)サービス計画作成の情報提供に関する要綱第6条に掲げる事項を遵守し、責任をもって資料を適正に管理することを確約します。

地域包括支援センター 確認印	介護保険事務所受付印

※地域包括支援センターから介護予防支援業務の委託を受けて介護予防サービス計画作成する場合、この申請書は地域包括支援センターを経由して提出すること

介護(予防)サービス計画作成に係る資料提供申請票

申請日 年 月 日

事業所名 _____

介護支援専門員 _____

実務者研修修了番号 _____

下記の被保険者について資料の提供を申請します。

介護支援専門員氏名 _____

⑩

NO	被保険者番号	氏名	生年月日(年齢)	性別	住所	希望資料
1			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
2			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
3			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
4			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
5			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
6			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
7			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
8			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
9			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
10			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
11			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
12			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
13			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
14			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3
15			M T S 年 月 日(歳)	男 女		1 2 3

※「希望資料」欄は、希望する資料の番号を○で囲んで下さい。

1. 認定調査票(概況調査・基本調査) 2. 認定調査票(特記事項) 3. 主治医意見書

受領月日	受領確認欄

※提供資料に同封された申請票は受領月日と受領確認欄に記入の上、介護保険事務所に返送して下さい。