

窓口受け取りの場合は受け取り予定日の前日までにFAXを送信してください。 FAX送信先:072-895-6065

来庁受取予定時間: 月 日() 午前/午後 時以降、送信者()

要支援・要介護認定に係る情報提供申請書

交野市長 宛て

私(申請者)は、介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する情報の提供について、下記の通り申請します。

なお、情報の提供を受けた際は、裏面の遵守事項を守り、私の責任で情報を適正に管理することを約束します。

申請者	氏名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業所名			<input type="checkbox"/> 親族等(続柄)
	所在地			<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設関係者 <input type="checkbox"/> その他()
			電話番号	

被保険者	氏名		被保険者番号	
	住所		生年月日	年 月 日

使用目的 介護サービス計画等の作成 要支援・要介護認定にかかる相談(本人・親族のみ)
介護保険施設への入所申込 おむつ使用に係る医療費控除の証明(主治医意見書のみ)

提供資料 認定調査票(特記事項を含む) 主治医意見書 認定結果通知書

本人同意欄

私は申出者が上記の者であると証するとともに、交野市が保有する私の上記資料について申出者に提供することに同意します。

被保険者本人署名:

代筆者氏名: 被保険者との関係()

※本人が記入できない場合のみ、本人の同意に基づき、代筆者が記入してください。

※本人が亡くなっている場合は、本人の配偶者又は三親等以内の血族の署名をもって本人署名と扱います。

・ 郵送申請の場合は、切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

・ 居宅介護(介護予防)サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を提出しており、

かつ使用目的がケアプラン作成のみの場合は、上記同意欄への記入は不要です。

----- 以下、市記入欄 -----

本人確認書類 <input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(個人番号) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療保険の資格を有することを証するもの <input type="checkbox"/> その他() ※写真付きのものがない場合は2点確認します。							
	開示可否	居宅届	可・否	主治医同意	可・否	本人同意	可・否	委任状等
作成者		確認日		確認者		窓口・郵送(月 日送付)		