

要介護認定に係る情報提供申込書

年 月 日

箱根町長 様

申 込 者	事業所番号	
	郵便番号	
	所在地	
	名 称	印
	電話番号	
	氏 名	

次のとおり被保険者（本人）の要介護認定に関する情報について、箱根町要介護認定情報の提供に関する取扱要領第5条第1項の規程に基づき申し込みます。

被 保 険 者 （ 本 人 ） 情 報	氏名	フリガナ	被保険者番号												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女											
	住所														
	本人の状態														

※ 本人の状態欄には、被保険者(本人)の判断能力が十分でない場合等、その理由を記入する。

情報提供申込資料	情報提供申込内容
<input type="checkbox"/> 認定情報(認定調査票(概況調査)) <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 現在申請中(認定後)の情報 <input type="checkbox"/> 既に認定済の情報

本人同意欄 介護サービス計画を作成する資料とするため、申込者が上記のとおり町から要介護認定等関係情報の提供を受けることに同意します。

本人署名 _____ 印 代理人等署名 _____ 印

※ 要介護認定等申請時に情報提供について同意をいただいている場合は、署名、捺印は必要ありません。

***** 以下の欄は記入しないでください。 *****

主治医意見書作成医師	所在地	
	医療機関名	
	医 師 名	先生
	要介護状態区分情報提供依頼	有 ・ 無
	居宅サービス計画情報提供依頼	有 ・ 無