

# 情報提供申請書

(あて先)大田区長

大田区介護サービス計画作成にかかる情報提供取り扱い要綱に基づき、次のとおり情報提供を申請します。なお提供された情報は介護サービス計画作成以外に使用しないととも厳重に管理します。

申請年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者	事業者(所) 施設の	印
	所在地及び名称	
	申請者氏名及び登録番号	電話 ( _____ )
申請の際には資格を有する証明が必要	申請者氏名及び登録番号	介護支援専門員証の登録番号( _____ )
	事業者の種類 (該当する番号を○で囲んでください。)	1 居宅介護支援事業者 2 地域包括支援センター 3 介護保険施設 4 認知症対応型共同生活介護事業者 5 特定施設入所者生活介護事業者 6 小規模多機能型居宅介護事業者 7 地域密着型介護老人福祉施設

被保険者	大田区の被保険者番号	_____	大田区の被保険者番号が不明の理由
	氏名	_____	
	住所	大田区	
	生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
同意欄	介護サービス計画作成のため上記の認定に係る認定調査票及び主治医意見書の情報を申請者に提供することに同意します。		
	本人氏名 _____	代筆者氏名 _____	本人との関係 _____

以下は記入不要です。

大田区 使用欄	郵送	交換便	窓口	
	ケアマネ証(写し)		ケアマネ証(提示)	有・無
	事業所 印			有・無
	契約書(写)・計画届出済			有・無
	郵送切手 _____ 円			
	返信用封筒 有/無			
			本人同意	有・無
			主治医同意	有・無
			申請年月日	/
			認定年月日(最新)	/
		介護度：支援1.2 介護1.2.3.4.5		
交付日	/	受付・出力・確認	/ /	

收受印