（注意）１この申込書は居宅サービス計画の作成の際､介護認定審査会資料が必要な場合､保険者に申込をしてください｡（必要な場合のみ申込をしてください。）

　　　２　披保険者及び主治医が､居宅サービス計画作成に際し､資料の提供に同意していない場合は､提供できませんのでご了承ください。

　　　３　指定居宅介護支援事業者及び介護支援専門員は､資料の提供に際し､正当な理由がなく､その業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報及び秘密を漏らした場合は､法律で罰せられます。

|  |  |
| --- | --- |
| 被　保　険　者　氏　名 | 被　保　険　者　番　号 |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●　　　　　　　　　　　　　　　　￥ |
| 生　年　月　日 | 性　別 |
| 明･大･昭･平･令　　　　　年　　　月　　日 | 男・女 |
| 提供を必要とする介護認定審査会資料 | 調　査　票 |
| □　今回審査会資料（認定日　　　　　年　　月　　日） | □　概況調査票□　基本調査票□　特記事項□　意見書（主治医） |
| □　前回審査会資料（有効期間　開始　～　終了）（　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日）（　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日）（　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日）（　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日） |
| 《上記資料提供申込においての連絡事項》 |
| 国東市長　様　　　上記の介護認定審査会資料が、居宅介護支援・施設サービス提供の開始に際し、　　必要ですので、申し込みます。　　年　　月　　日居宅介護支援事業所　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 保険者確認欄 | □　保険者資格　　□　届出の重複□　居宅介護支援事業者事業所番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

介護認定審査会資料提供申込書