様式第2号(第6条関係)

年　　月　　日

要介護認定等関係資料提供請求書

　十和田市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 事業所名  代表者氏名  所在地  電話番号  事業所番号  担当者氏名 |  |

　居宅サービス計画等を作成するため、十和田市要介護認定等に関する資料の提供に関する要綱第6条の規定により、次のとおり要介護認定等に関する資料の提供を請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供方法 | 1 | 閲覧 | 2 | 窓口における写しの交付 | 3 | 郵送による写しの交付 |

※　いずれかの数字を丸で囲んでください。

　※　異なる提供方法を同時に請求する場合は、それぞれの請求書を作成してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 被保険者名 | 被保険者番号 | 被保険者との関係 | | | 請求資料 | 備考 |
| 1 |  |  | A | B | C | □認定調査票 |  |
| □主治医意見書 |
| D | E | F |
| □介護認定審査会資料 |
| 2 |  |  | A | B | C | □認定調査票 |  |
| □主治医意見書 |
| D | E | F |
| □介護認定審査会資料 |
| 3 |  |  | A | B | C | □認定調査票 |  |
| □主治医意見書 |
| D | E | F |
| □介護認定審査会資料 |
| 4 |  |  | A | B | C | □認定調査票 |  |
| □主治医意見書 |
| D | E | F |
| □介護認定審査会資料 |
| 5 |  |  | A | B | C | □認定調査票 |  |
| □主治医意見書 |
| D | E | F |
| □介護認定審査会資料 |

※　請求する資料について、「資料請求」欄にレを入れてください。

　「被保険者との関係」欄について、該当する事業種別に応じた記号を○で囲んでください。

　A．地域密着型サービス事業者　B．居宅介護支援事業者　C．介護保険施設

　D．地域密着型介護予防サービス事業者　E．介護予防支援事業者　F．その他

　※　被保険者番号が分からない場合は、「被保険者番号」欄に被保険者の住所・生年月日を記入してください。

　※　A、Dの事業者のうち、新規、区分変更により、介護度が確定していない場合は、「A」を選択してください。

　※　B、Eの事業者のうち、新規、区分変更により、介護度が確定していない場合は、「B」を選択してください。

　請求者は、下の欄に記入しないで下さい。

　市担当課　処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 認定調査票 | | 主治医意見書 | | 介護認定審査会資料 | | | 計(枚) | 確認事項　本人同意・医師同意 | | 開示の可否 |
| 1 |  | |  | |  | | |  | □本人同意　　□主治医同意 | | □可　□否 |
| 2 |  | |  | |  | | |  | □本人同意　　□主治医同意 | | □可　□否 |
| 3 |  | |  | |  | | |  | □本人同意　　□主治医同意 | | □可　□否 |
| 4 |  | |  | |  | | |  | □本人同意　　□主治医同意 | | □可　□否 |
| 5 |  | |  | |  | | |  | □本人同意　　□主治医同意 | | □可　□否 |
| 課長 | | 課長補佐 | | 係長 | | 担当 | 交付日　　　　年　　　　月　　　　日 | | | 費用 | |
|  | |  | |  | |  | 備考 | | | 写し　　　枚×10円  送料実費　　　　円  　　　　　　　円 | |