

包

様式第1号 (第3条関係)

地域包括支援センターから委託されている
要支援分の情報提供依頼をする場合は、地域包括
支援センターに依頼書を提出してください。
※要支援分の依頼は地域包括支援センター分と
わかるようにし(㊟、要支援分等と記入)、
要介護分と依頼書をわけて提出してください。

成 年 月 日

介護保険認定情報提供依頼書

浜田地区広域行政組合管理者 様

住 所
事業所名称
代表者名
担当者名
電話番号

内容について問い合わせる
場合があるので必ず記入
してください。

印

事業所印または
代表者印を押印
してください。

どの時期の認定情報があるのか提供する
目安になるので「要介護(支援)認定の
申請日」を必ず記入して下さい。申請日が
不明な場合、認定日でもかまいません。

上記のとおり情報提供を依頼します。な
し認定情報提供要綱」に基づき、適切に

記

No.	日	被保険者番号	氏 名	生年月日	施設入所日又 は居宅届出日	提供を希望する情報
1	年 月 日					<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
2	年 月 日			年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
3	年 月 日			年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
4	年 月 日				日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
5	年 月 日				月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度
6	年 月 日			年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定結果情報 <input type="checkbox"/> 一次判定 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 特記事項 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度

特記事項にチェックがあっても
認定調査を依頼事業所が行っている
場合、特記事項の提供は行いません。

認知症加算算定のため、認知症
高齢者の日常生活自立度等の
情報が必要な場合は、チェック
してください。
※それ以外は、チェックしない
でください。

- (注) 1 情報提供は、「要介護・要支援認定等申請書」において当該被保険者の同意が得られている場
合に限り(主治医意見書の場合にあっては、当該主治医意見書において当該主治医の同意が得
られている場合に限り)行います。
- 2 この依頼書は、「要介護・要支援認定等申請書」の手続きの後、窓口又は郵送により提出して
ください。
- 3 情報提供は、原則として郵送により行います。情報提供を窓口で受け取られる場合は、身分
証明書の提示を求める場合があります。
- 4 施設入所の方については、入所日を必ず記入してください。
- 5 印は、事業所印、又は代表者印を押印してください。

個人情報保護の観点からFAXでの
依頼の受付、情報の提供は行いません。