

令和 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

印

介護サービス計画作成等のため、下記のとおり情報提供を依頼します。なお、提供を受けた情報は、「浜田地区広域行政組合介護保険認定情報提供要綱」に基づき、適切に取り扱うことを誓約します。

## 記

No.	申請日	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			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
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			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
5	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
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

- (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。