

# 認定情報開示申請書

年 月 日

みやま市地域包括支援センター 長 様

事業所名

所在地

申請者名

(被保険者との関係: 担当介護支援専門員 )

介護予防サービス支援 計画・介護予防ケアマネジメント作成のため、下記の者の介護認定情報の開示を申請します。

契約の種別	被保険者番号	性別	申請内容	備考
	対象者氏名			
新規 / 更新		男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	認定年月日 年 月 日
		女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
新規 / 更新		男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	認定年月日 年 月 日
		女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
新規 / 更新		男	<input type="checkbox"/> 認定調査内容	認定年月日 年 月 日
		女	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	

本人との契約及び介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出: 済・未

上記被保険者の介護認定情報を受け取りました。(※申請者と受取人が違う場合、記入してください。)

平成 年 月 日

代理受取人署名

<包括支援センター記入欄>

受取人確認書類
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )

地域包括支援センター決裁欄

センター長	係長	係

受付印

H29.4