

介護報酬算定要件確認情報提供依頼書

(宛先)所沢市長

下記の者に係る介護報酬算定要件確認のため、認定調査結果等関係書類の内容を参考にしたいので、その内容を提示して下さるよう依頼いたします。なお、入手した個人情報については、介護報酬算定要件確認以外に利用せず、また第三者に漏らすことのないよう、その取扱いには細心の注意を払うことを誓約いたします。

・ 指定居宅介護支援事業者 ・ 介護保険施設 ・ 指定介護予防支援事業者	事業者名											
	所在地											
	電話番号											
	担当者・職・氏名											
	登録証番号											
被保険者	住所											
	氏名									生年月日		
										明・大・昭	年	月
	介護保険被保険者証:被保険者番号											
確認書類	・契約書    ・登録証明書等    ・身分証明書    ・その他(       )											
必要とする情報 (○を付けてください。)	1 主治医意見書						2 認定調査結果					
必要とする情報の 写しの交付の有無	有・無	写しの交付書類			1 主治医意見書			2 認定調査結果				

同意書

介護報酬算定要件確認に際して、要介護(要支援)認定に係る関係書類を、上記の介護支援専門員に対し情報提供することに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 連絡先(電話) \_\_\_\_\_

市 確 認 欄
主 治 医 同 意