

認定調査票及び主治医意見書の請求について

年 月 日

寒 川 町 長 様

住 所 〒 _____

事業者名称 _____

電話番号 _____

請求者 _____

貴町の下記被保険者様の「認定調査票」及び「主治医意見書」の写しを請求いたします。
なお、標記資料につきましては、下記の目的以外には使用しません。
また、保管には十分注意を払い利用者から請求があった場合にも開示せず、役場に相談するよう申し伝えます。

被保険者

被保険者氏名										
被保険者番号										
被保険者住所										

利用目的（該当項目にチェックを入れる）

	利 用 目 的
<input type="checkbox"/>	介護サービス計画作成のため
<input type="checkbox"/>	総合事業における介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成のため
<input type="checkbox"/>	地域ケア会議における個別事例の検討のため
<input type="checkbox"/>	認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決定のため

*個人情報保護の観点から、①介護支援専門員証の写しの提出若しくは②介護支援専門員証の本人確認が必要です。

*送付希望の場合は、返信用切手を貼った封筒を添付して下さい。

介護支援専門員確認	①	②	確認者
-----------	---	---	-----