

倉敷市介護保険認定審査資料情報提供請求書

記入例

令和 3年 5月 1日

倉敷市長 あて

下記被保険者からの介護サービス計画又は介護予防サービス計画等の作成の依頼に基づき、倉敷市が保有する認定審査資料(以下「資料」という)の提供を、下記のとおり請求します。
なお、資料の提供を受けた際は裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

請求者欄	氏名	(フリガナ) クラ シキ ウミ コ (自署) 倉敷海子	職種 または 資格等	<input type="checkbox"/> 施設長 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 職員・従業員等
	居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護保険施設等の所在地及び名称			
	◆所在地	〒710 - 8565 倉敷市西中新田640 電話番号 086 (426) 1111		
	◆名称及び 事業所番号	タマクラ居宅介護支援事業所 3 3 7 1 2 3 4 5 6 7		

被保険者欄	被保険者番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1
	氏名	(フリガナ) コジマ イチロウ 児島 一郎 (ほか 2 名)
	住所	〒711 - 0934 電話番号 086) 473 - 111 倉敷市児島小川町3681-3

郵送を希望する場合は申請時に返信用の切手を添付すること

請求内容欄	資料の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書
	資料提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送(切手 円分同封)
	認定年月日	平成・令和 3年 4月 1日 (総合事業対象者の場合チェックリスト実施日)
	最新の認定が却下の場合	<input type="checkbox"/> 最新の却下分 <input type="checkbox"/> 前回の認定分
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 非該当

居宅サービス計画等作成依頼届出の有無 有 無
 ※居宅サービス計画等作成依頼届出が無の場合(例:施設等)は、契約を確認で
 ※介護保険担当課記入欄 (以下は記入しないでください。)

認定が却下の場合、
最新の却下分 か
前回の認定分
かどちらかにチェックを入れること

受付日	令和 年 月 日	文書番号	第 号
請求者(来庁者)本人確認	<input type="checkbox"/> 職員証・社員証 <input type="checkbox"/> 身分証+名刺等 <input type="checkbox"/> 就労証明書等 <input type="checkbox"/> その他()		
添付資料	<input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 仮契約書 <input type="checkbox"/> 入所申込書 <input type="checkbox"/> その他(ケアプラン等作成依頼届出書確認) <input type="checkbox"/> 委任状		
決裁	コピー代	円 ⇄ 枚×@10	郵送料 切手
	課長 課長代理/補佐 主幹 係長/主任 主任 担当	提供を決定し 起案日	決裁日

請求者と違う同一事業所の従業員が来庁した場合、こちらに記入をし、来庁者の本人確認書類等を提示または提出すること

来庁者氏名(同一事業所の方)【(自署) _____】

介護認定審査資料情報提供書

事業所名を記入

記入例

	被 保 険 者 番 号									被 保 険 者 氏 名		届出の有無		認 定 調 査 票	主 治 医 意 見 書	認 定 年 月 日	最 新 の 却 下 分
1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	倉 敷 太 郎	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 2 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/>	
2	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	玉 島 桃 子	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	H・R 2 年 2 月 18 日	<input checked="" type="checkbox"/>	
3												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
4												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R	<input type="checkbox"/>	
5												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R	<input type="checkbox"/>	
6												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
7												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
8												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
9												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
10												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
11												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
12												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
13												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
14												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
15												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
16												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
17												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
18												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
19												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
20												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
21												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
22												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
23												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
24												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
25												<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/>	

調査票・主治医意見書が
⇒必要な場合は
⇒不要な場合は

却下分の請求の
場合は

※このリストは複数の被保険者の認定審査資料を請求される場合に2人目から記入して、提出してください。

※「届出の有無」の欄には居宅サービス計画等作成依頼届出の有無について記入してください