

## 介護認定資料提供申出書

（宛先）鎌倉市長

下記の被保険者の要介護認定等に係る被保険者情報の提供を申請します。  
 なお、被保険者情報については各種サービス計画の作成及び被保険者の入退所の資料の作成についてのみ  
 使用し、内容については漏えいすることのないよう、慎重に取り扱います。

申出日            年    月    日

事業所名	
代表者名	
事業所所在地	
担当者氏名・連絡先	TEL            (            )
申出理由	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成の資料とするため <input type="checkbox"/> 施設サービス計画作成の資料とするため <input type="checkbox"/> 入退所等検討委員会の資料とするため

	介護・ 予防	被保険者氏名	被保険者番号	提供を希望する		保険者処理欄			
		住所	提供を受けたい被保険者情報の要介護認定日	被保険者情報		本人同意	主治医同意	本人への開示	決分区
1	介			調査票	<input type="checkbox"/>	有	有	可	交付
	予		年 月 日	意見書	<input type="checkbox"/>	無	無	不可 要連絡	不交付
2	介			調査票	<input type="checkbox"/>	有	有	可	交付
	予		年 月 日	意見書	<input type="checkbox"/>	無	無	不可 要連絡	不交付
3	介			調査票	<input type="checkbox"/>	有	有	可	交付
	予		年 月 日	意見書	<input type="checkbox"/>	無	無	不可 要連絡	不交付
4	介			調査票	<input type="checkbox"/>	有	有	可	交付
	予		年 月 日	意見書	<input type="checkbox"/>	無	無	不可 要連絡	不交付

※記載欄が不足した場合は「第2号様式（第5条）別紙」を利用してください。  
 ※入退所のため資料を請求する場合は、被保険者等の同意書の添付が必要です。

< 保険者処理欄 >

**受付時確認**

申出方法    窓口    郵送  
 申出人確認書類    介護支援専門員証    従業員証  
 運転免許証    健康保険証    その他(            )  
 返信用封筒(郵送請求または返送希望の場合)    有

本人確認（窓口で提供）  
 郵送

受付印（受付者）

**受領確認**

受領日

  
  

受領者サイン