

この申出書を提出する日です

記入例
事業所の職員が提出の場合

私は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるよう申し出ます。
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します。

令和〇年〇〇月〇〇日

10桁の事業所番号を記入してください

（「本人情報」という）の情報（以下「本人情報」という）又は本人の親族の情報（以下「親族情報」という）を本人の介護サービス計画の作成等以外の目的には使用しません。

申出者 (窓口に来られた方)	ふりがな	かいご いちろう	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	介護 一郎		
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 親族 ()		
		<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス計画の作成等を行う事業者 <input type="checkbox"/> 法定代理人		
	事業所コード	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
住所 (事業所にあつては名称及び所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 愛媛県松山市〇〇町〇丁目〇番地 居宅介護支援事業所 〇〇			電話番号 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇

押印は不要です
※訂正印は必要です

記入内容の訂正について
総務省通知により令和3年4月1日から、押印欄を廃止しましたが、記入誤りなどで内容を訂正をする際は、訂正印が必要です

訂正印について
記入箇所により必要な印が異なりますのでご注意ください

本人同意欄以外の部分 → 事業所印(職員個人の印ではありません)

本人同意欄 → 本人の印(代筆の場合は代筆者の印)

(注) 上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。

申出書に裏面の表示がない場合は、受付できません
複写した申出書を使用する場合も、必ず両面出力してください

被保険者	被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇						
	ふりがな	まつやま はなこ	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日				
	氏名	松山 花子						
	住所	松山市二番町四丁目7番地2						
請求資料	<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					
請求資料の認定状況	<input type="checkbox"/> 認定済み(認定日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 申請中					

請求する資料に✓を入れてください

ります。また、認定有効終了日が到来したものは、対象外で

5. 同意事項に本人の理解を得ることが困難な場合は、親族又は親族から依頼を受けた方が代筆してください。
上記以外であっても、本人署名が判読困難な場合は、親族又は、依頼を受けた方が代筆してください。
※親族以外の方が代筆する場合は、その理由を必ず記入してください

請求する資料に応じて「認定済み」か「申請中」に✓を入れてください。
認定済みの場合は認定日も記入してください
※請求できる資料は、最新の認定に関するものに限り

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、松山市から指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者及び地域包括支援センターの関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。
私は、上記の申出者が下記の者であることを証するとともに、松山市が保有する私の上記資料について申出者に提供することに同意します。

本人同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 私と契約を締結した介護サービス計画の作成等を行う事業所	<input type="checkbox"/> 私の親族 ()
	本人署名 松山 花子	<input type="checkbox"/> 法定代理人 ()
	代筆者氏名(続柄) 松山 太郎 (夫)	親族以外の代筆の理由

本人の直筆署名が困難(判読困難を含む)、かつ親族も代筆困難(判読困難を含む)で、親族以外の方が代筆される場合はその理由を記入してください

◆裏面の遵守事項・注意事項を必ずご確認ください。
※裏面の表示がない申出書は、受付できません。

◆申出書提出時には、運転免許証等、顔写真入りの公的な本人確認書類(介護支援専門員証を含む。)、事業所職員の場合は、併せて事業所職員証、名刺等、事業所所属が確認できる書類を提示してください。

介護保険課 記入欄	申出書提出者の本人確認		
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
	<input type="checkbox"/> 所属確認証 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	受付	入力	確認

郵送の場合は、コピーを添付してください
※名刺は原本を添付してください