

## 資料提供・情報提供同意書(被保険者用)

被 保 険 者	被保険者番号		提出年月日	令和	年	月	日
	フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	被保険者氏名			(		日	性別
	住民票上の住所	〒	—	電話番号	(		)
申請又は認定年月日	令和 年 月 日 (申請・認定)						

同 意 欄	<p>・私は、介護サービス計画の作成など介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、今回の要介護認定・要支援認定にかかる ①結果通知の内容 ②認定調査票 ③主治医意見書 を、私が居宅サービス計画の作成を依頼している事業者へ提供することに同意します。</p> <p>・私は、主治医意見書を記載した医師から求めがあるときは、今回の要介護認定・要支援認定の結果通知の内容を同医師へ提供することに同意します。</p> <p>・(更新申請の場合のみ)私は、今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。</p>
	<p>被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____</p> <p><small>※被保険者による自筆が困難な場合は、親族等による代筆が可能です(事業者は不可)</small> _____</p> <p><small>※被保険者氏名を代筆された方は、代筆者氏名及び続柄を記載してください。</small> (続柄) _____</p>

提 出 者	氏名又は事業者の名称	親族(本人との関係： _____ ) 又は代行事業者						該当するものに○
	本人の場合は記入不要です	(事業者担当者名： _____ )	事業者番号	：	：	：	：	<ul style="list-style-type: none"> <li>・指定介護予防支援事業者</li> <li>・指定居宅介護支援事業者</li> <li>・指定介護老人福祉施設</li> <li>・介護老人保健施設</li> <li>・介護医療院</li> <li>・地域密着型介護老人福祉施設</li> </ul>
	住所又は所在地	〒	—	電話番号	(		)	

神戸市記入欄		区 窓 口 受 付		セ ン タ ー 受 付		入 力 担 当	
--------	--	-----------------------	--	----------------------------	--	------------------	--