

上田市要介護認定等資料提供申請書

21 年 4 月 1 日

（申請先）上田市長

（申請者）

事業者・施設 名 称 代 表 者 氏 名 （担当者氏名）	居宅介護支援事業所 うえだ 上田 ながの （長野 うえ子）	本人との関係 （該当項目に○）	☒ 1 居宅介護支援事業者 ☐ 2 地域包括支援センター ☐ 3 居宅サービス事業者 ☐ 4 地域密着型サービス事業者 ☐ 5 介護保険施設 ☐ 6 3 親等以内の親族（ ）
住所（所在地） 電 話 番 号	〒386-8602 上田市大手 123 番地 電話 0268-22-4100		
申 請 理 由 （該当項目に○）	☒ 1 介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成に必要 ☐ 2 介護サービス又は介護予防サービスの提供に必要 ☐ 3 入所判定に用いる ☐ 4 その他（ ）		

要介護認定・要支援認定の資料について、次のとおり資料の提供を申請します。
 なお、資料の提供を受けた際は、上田市が定めた遵守事項に従うことを誓います。

被 保 険 者	氏 名	大手 一郎	被保険者 番 号	0000123456
	生年月日	M・T・S 1 年 1 月 1 日	性 別	☒ 男 ・ 女
	住 所	上田市大手 234 番地		
提供を希望する 資 料 （該当項目に○）	☒ 1 認定調査票 （1）基本情報 （2）概況特記 （3）特記事項 ☒ 2 主治医意見書 ☐ 3 認定情報			
希望提供方法	閲覧 ・ ☒ 写し			

本人同意欄（申請理由 4 の場合は必須）

21 年 4 月 1 日

私は、上記申請者が次の者であることを証するとともに、当該申請者に上記の資料を提供することに同意します。

1 私と介護サービス又は介護予防サービス提供について契約又は契約締結予定の居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅介護サービス事業者、地域密着型サービス事業者若しくは介護保険施設
2 その他（ ）

本人署名 大手 一郎

※ 申請理由 1～3 の場合、要介護認定等申請の際に本人同意の署名がある時は必要ありません。

上田市要介護認定等資料提供申請書

21年4月1日

（申請先）上田市長

（申請者）

事業者・施設名 代表者氏名 (担当者氏名)	上田 はな子 ()	本人との関係 (該当項目に○)	1 居宅介護支援事業者 2 地域包括支援センター 3 居宅サービス事業者 4 地域密着型サービス事業者 5 介護保険施設 6 3親等以内の親族 (長女)
住所 (所在地) 電話番号	〒386-8602 上田市大手 1234 番地 電話 0268-22-4100		
申請理由 (該当項目に○)	1 介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成に必要 2 介護サービス又は介護予防サービスの提供に必要 3 入所判定に用いる 4 その他 ()		

要介護認定・要支援認定の資料について、次のとおり資料の提供を申請します。
なお、資料の提供を受けた際は、上田市が定めた遵守事項に従うことを誓います。

被保険者	氏名	大手 一郎	被保険者番号	0000123456
	生年月日	M・T・S 1 年 1 月 1 日	性別	男 ・ 女
	住所	上田市大手 1234 番地		
提供を希望する資料 (該当項目に○)	1 認定調査票 (1) 基本情報 (2) 概況特記 (3) 特記事項 2 主治医意見書 3 認定情報			
希望提供方法	閲覧 ・ 写し			

本人同意欄（申請理由4の場合は必須）

21年4月1日

私は、上記申請者が次の者であることを証するとともに、当該申請者に上記の資料を提供することに同意します。

1 私と介護サービス又は介護予防サービス提供について契約又は契約締結予定の居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅介護サービス事業者、地域密着型サービス事業者若しくは介護保険施設
2 その他 ()

本人署名 大手 一郎

※ 申請理由1～3の場合、要介護認定等申請の際に本人同意の署名がある時は必要ありません

上田市要介護認定等資料提供申請書

年 月 日

（申請先） 上田市長

（申請者）

事業者・施設 名 称 代 表 者 氏 名 (担 当 者 氏 名)	()	本人との関係 (該当項目に○)	1 居宅介護支援事業者 2 地域包括支援センター 3 居宅サービス事業者 4 地域密着型サービス事業者 5 介護保険施設 6 3 親等以内の親族 ()
住所 (所在地)	〒		
電 話 番 号	電話		
申 請 理 由 (該当項目に○)	1 介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成に必要 2 介護サービス又は介護予防サービスの提供に必要 3 入所判定に用いる 4 その他 ()		

要介護認定・要支援認定の資料について、次のとおり資料の提供を申請します。
なお、資料の提供を受けた際は、上田市が定めた遵守事項に従うことを誓います。

被 保 険 者	氏 名		被保険者 番 号	
	生年月日	M・T・S 年 月 日	性 別	男 ・ 女
	住 所			
提供を希望する 資 料 (該当項目に○)	1 認定調査票 (1) 基本情報 (2) 概況特記 (3) 特記事項 2 主治医意見書 3 認定情報			
希望提供方法	閲覧 ・ 写し			

~~~~~  
本人同意欄（申請理由 4 の場合は必須）

年 月 日

私は、上記申請者が次の者であることを証するとともに、当該申請者に上記の資料を提供することに同意します。

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 私と介護サービス又は介護予防サービス提供について契約又は契約締結予定の居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅介護サービス事業者、地域密着型サービス事業者若しくは介護保険施設 |
| 2 その他 ( )                                                                                    |

本人署名

※申請理由 1 ～ 3 の場合、要介護認定等申請の際に本人同意の署名がある時は必要ありません