

要介護認定等情報提供に係る事前連絡表

令和 年 月 日

事業者名 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

以下についてご記入いただき、
FAXにて送信してください。



1 以下の提供対象者種別から該当する項目にチェックを入れ、注意事項をご確認ください。

提供対象者種別 (要介護認定等情報提供申請書(事業者用)裏面参照)	注意事項
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	交付時には、被保険者との契約関係等が確認できる書類の提示が必要です。ただし、「居宅(介護予防等)サービス計画作成依頼(変更)届出書等」をご提出いただいている場合は、提示を省略できます(同時提出可)。なお、地域包括支援センターから委託を受けて申請する場合は、委託関係が確認できる書類の提示が必要です。 また、提供の際は、窓口にお越しになった方の本人確認(該当事業者に所属していることの確認)をさせていただきます。
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者	
<input type="checkbox"/> 介護保険施設	
<input type="checkbox"/> その他(要綱第4(6)号 に該当)	

2 「注意事項」をご確認の上、希望する情報提供の内容について、以下にご記入ください。

被保険者番号	対象者氏名	死亡日 ※1	提供方法 ※2	希望情報 ※3	希望する情報の期間	提供を求める理由
0 0 0		年 月 日	<input type="checkbox"/> 写 <input type="checkbox"/> 閲	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4()	<input type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日 認定	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成 <input type="checkbox"/> その他 ()
0 0 0		年 月 日	<input type="checkbox"/> 写 <input type="checkbox"/> 閲	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4()	<input type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日 認定	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成 <input type="checkbox"/> その他 ()
0 0 0		年 月 日	<input type="checkbox"/> 写 <input type="checkbox"/> 閲	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4()	<input type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日 認定	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成 <input type="checkbox"/> その他 ()
0 0 0		年 月 日	<input type="checkbox"/> 写 <input type="checkbox"/> 閲	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4()	<input type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日 認定	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成 <input type="checkbox"/> その他 ()
0 0 0		年 月 日	<input type="checkbox"/> 写 <input type="checkbox"/> 閲	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4()	<input type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日 認定	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成 <input type="checkbox"/> その他 ()

「注意事項」

※1 被保険者が死亡している場合は「交付」ができず、本庁介護保険課窓口での「閲覧(必要最低限の範囲)」となります。申請書の「死亡日」「提供を求める理由」を記入し、「希望情報」の「4」にチェックの上、具体的な希望内容をご記入ください。なお、理由により提供できない場合はご連絡します。また、事前連絡表の送信後に死亡された場合も担当へご連絡ください。

※2 希望する提供方法にチェックを入れてください。閲覧の場合は、本庁介護保険課窓口でのみ閲覧可能です。

※3 1 認定審査会資料一式(概況調査・基本調査・特記事項、主治医意見書、一次・二次判定結果)
2 認定調査票 3 主治医意見書 4 その他: 閲覧の場合、具体的な希望内容を記入

3 希望する受取場所にチェックを入れてください。

- 介護保険課(本庁) ※閲覧は本庁のみ 中部地域包括支援センター篠ノ井支所駐在(篠ノ井支所内)
 豊野支所 鬼無里支所 戸隠支所 大岡支所 信州新町支所 中条支所

【送信先:長野市保健福祉部介護保険課 認定担当 FAX番号:026-224-5247 電話番号:026-224-7891】