

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 \_\_\_\_\_

(提供対象者種別)

地域包括支援センター 居宅介護支援事業者

介護保険施設 その他(要綱第4号に該当)

電話番号 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

下記の者の要介護認定等情報について提供申請をしたいので、事前連絡します。

被保険者番号	対象者氏名	提供方法	提供希望情報※	希望する情報の期間	死亡日※	受取場所
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	<input type="checkbox"/> 介護保険課
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	<input type="checkbox"/> 篠ノ井支所 <input type="checkbox"/> 豊野支所
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	<input type="checkbox"/> 鬼無里支所 <input type="checkbox"/> 戸隠支所
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	<input type="checkbox"/> 大岡支所
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	<input type="checkbox"/> 信州新町支所
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	<input type="checkbox"/> 中条支所
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	
0 0 0		<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 認定分	年 月 日	

- ※提供情報：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

※死亡者にかかる情報を希望する場合は、死亡日を記載してください。

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)