

要介護認定等情報提供に係る事前連絡表

令和 6年 4月 1日

事業所名称、種別(要介護認定等情報提供申請書(事業者用)裏面参照)、連絡先、担当者名を記入。

事業者名 長野介護居宅介護支援センター

(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 026-293-6070

担当者名 介護 花子

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 8 8 8 8 8 8 8	介護 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 写 <input type="checkbox"/> 閱	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日 認定分	年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険課
0 0 0 9 9 9 9 9 9 9	長野 太郎	<input type="checkbox"/> 写 <input checked="" type="checkbox"/> 閱	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 (介護度のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> 年 月 日 認定分	R6年3月 31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"/> 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		<input type="checkbox"/> 鬼無里支所 <input type="checkbox"/> 戸隠支所 <input type="checkbox"/> 大岡支所
0 0 0				<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"/> 閱	<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"/> 閱	<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"/> 閱	<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"/> 閱	<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"/> 閱	<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	

4を選択した場合、括弧内に具体的な情報を記入

対象者が死亡している場合、必ず死亡日を記入

- ※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)