

次のとおり申請します。

11

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、西海市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、西海市から地域包括センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

代筆者氏名

●調査では、ご家族や介護者の方にご本人の状態をお聞きます。日頃の状態をご存知な方の同席をお願いします。連絡先については、確実に連絡のとれる時間帯及び電話番号をご記入下さい。

●要介護認定を受ける方の主治医をご記入下さい。主治医がいない方は長寿介護課へご相談下さい。

●2号保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方はご記入下さい。

●調査場所に○印をつけて下さい。居住地以外の場合は名称・所在地を記入して下さい。

●今回の申請について、連絡事項がありましたらご記入下さい。※変更申請は理由をご記入下さい。

連絡事項	
------	--