

大田市告示第 2 1 号

大田市介護認定調査結果表等の情報提供に係る取扱要綱（平成 17 年大田市告示第 1 1 5 号の 4）の一部を次のように改正する。

令和 4 年 3 月 1 4 日

大田市長 楫 野 弘 和

第 5 条第 1 号イ（ア）中「、請求書に押印した印の印鑑登録証明書」を削る。

様式第 1 号、様式第 2 号、様式第 4 号及び様式第 8 号を次のように改める。

認定調査結果表等の情報提供請求書

年 月 日

大田市長 様

受付整理番号 _____

請求者欄	氏名	(ふりがな)	男・女	年 月 日 生
	住所	〒 都道府県 市郡区 町村 番地 TEL		
	被保険者との関係 (本人)	1 本人 3 法定代理人	2 親族(本人との続柄:) 4 その他()	

※「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。

※「住所」欄は、請求が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番、アパート名等まで詳しく記入してください。

次のとおり認定調査結果表等の情報提供(交付)を請求します。

本人(被保険者)欄	氏名	(ふりがな)	男・女	年 月 日 生
	住所	都道府県 市郡区 町村 番地		
	認定時における被保険者証の番号			

※本人(被保険者)欄の氏名は、認定当時の氏名を記入してください。

※請求者が本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入は必要ありません。

認定年月日	認定調査票等請求区分
年月認定分	1. 認定調査及び一次判定結果表 2. 主治医意見書 3. 介護認定審査会結果
年月認定分	1. 認定調査及び一次判定結果表 2. 主治医意見書 3. 介護認定審査会結果
主治医等氏名	所在地

※主治医等の所在地は市町村名まで記入してください。受領者(請求者)署名

受領の際にご記入ください。

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要はありません。

A 本人確認書類	1 運転免許証 2 身体障害者手帳 3 旅券(パスポート)
	4 身分証明書(写真添付のもの) 5 その他公の機関が発行したもの()
	6 介護保険被保険者証 7 健康保険被保険者証 8 船員保険被保険者証
	9 国民健康保険被保険者証 10 共済組合員証 11 後期高齢者医療保険被保険者証
	12 厚生年金保険年金証書(手帳) 13 船員保険年金証書(手帳)
	14 国民年金年金証書(手帳) 15 共済年金証書 16 恩給証書

B 親族の確認書類	1 戸籍謄本(抄本) 2 住民票
	3 その他親族関係を確認し得る書類()

C 法定代理人の確認書類	1 成年後見人等にかかる登記事項証明書 2 家庭裁判所の証明書
	3 その他成年後見人であることが確認し得る書類()

(表面)

認定調査結果表等の情報提供請求書

年 月 日

大田市長 様

請求者欄	事業所名	(ふりがな)	担当者名	(職名)
	住所	〒 都道府県 市郡区 町村 番地 (TEL)		
	被保険者との関係	1 居宅介護支援事業者 2 居宅介護(介護予防)サービス事業者 3 介護予防支援事業者 4 地域密着型(介護予防)サービス事業者 5 介護保険施設()		
	開示(交付)の方法	1 窓口交付を希望 2 郵送による交付を希望		

受付整理番号 _____

次のとおり認定調査結果表等の情報提供(交付)を請求します。

本人(被保険者)欄	氏名	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	被保険者証の番号
	住所	都道府県 市郡区 町村 番地			
	認定年月日	認定調査結果表等請求区分			
	年 月認定分	1. 認定調査及び一次判定結果表 2. 主治医意見書 3. 介護認定審査会結果			
	主治医等氏名			所在地	
本人(被保険者)欄	氏名	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	被保険者証の番号
	住所	都道府県 市郡区 町村 番地			
	認定年月日	認定調査結果表等請求区分			
	年 月認定分	1. 認定調査及び一次判定結果表 2. 主治医意見書 3. 介護認定審査会結果			
	主治医等氏名			所在地	
本人(被保険者)欄	氏名	(ふりがな)	男・女	年 月 日生	被保険者証の番号
	住所	都道府県 市郡区 町村 番地			
	認定年月日	認定調査結果表等請求区分			
	年 月認定分	1. 認定調査及び一次判定結果表 2. 主治医意見書 3. 介護認定審査会結果			
	主治医等氏名			所在地	

※所在地は市町村名まで記入してください。

受領者(請求者)署名

受領の際にご記入ください。

(裏面)

※以下の各欄は記入する必要はありません。

A 事業所確認書類	1 居宅介護(介護予防)支援事業者(サービス計画の届出の有無) ・届出あり(届出年月日： 年 月 日受理) ・届出なし
	2 在宅サービス提供事業者(サービス計画の確認) 確認書類名()
	3 介護保険施設(入所(予定)の有無) 確認書類名() 入所中 ・ 入所予定

B 職員確認書類	1 身分証明書 ()
	2 その他(証明するもの：)

様式第4号(第5条関係)

年 月 日

大田市長 様

医療機関名 _____

主治医 (自署) _____

主治医意見書の情報提供について(回答)

年 月 日付受付整理番号 号で照会のありました(受診者)
様に係る標記の件について、下記のとおり回答します。

記

認 定 年 月 日	情 報 提 供 の 適 否 の 区 分		
年 月認定分	1 全部提供	2 部分提供	3 不提供
年 月認定分	1 全部提供	2 部分提供	3 不提供

なお、部分提供の場合には、当該不提供部分を消し込んだ主治医意見書を添付しております。

大田市長 様

(所在地)
(事業者名称)
(代表者名)

電子データによる情報提供（加入・変更・休止・中止）申請書

電子データによる情報提供について、下記のとおり（加入・変更・休止・中止）申請します。なお、本情報提供に当たっては、大田市介護認定調査結果表等の情報提供に係る取扱要綱に定められた事項を遵守します。

記

- 1 (加入、変更、休止又は中止) 申請する年月日及び理由
(年 月 日：理由)
- 2 申請内容（変更の場合、変更後の内容）

1	指 定 事 業 者 番 号	
2	設 立 法 人 名 称	
3	設 立 法 人 代 表 者 名	
4	設 立 法 人 住 所	
5	事 業 者 名 称	
6	事 業 者 代 表 者 名	
7	事 業 者 住 所	
8	事 業 者 連 絡 先	
9	提 供 サ ー ビ ス の 種 類	
10	シ ス テ ム 管 理 者	
11	シ ス テ ム 担 当 者	
12	まめネット加入決定日	年 月 日
13	個人情報保護に関する規定	添付のとおり

※指定事業者番号毎に提出してください。

※変更するものについては、該当項目の番号を○で囲み変更後の内容を記載してください。

※加入申請に当たっては、まめネットの加入を証する書類の写しを添付してください。

※提供サービスの種類には、コードと名称をご記入ください。

附 則

この告示は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。