様式第１号（第４条関係）

**介護保険等認定関係資料交付申請書**

令和 年 月 日

　奥州市長　　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者　事業所又は施設の名称 |  |
| 代表者の氏名 |  |

　介護サービス計画の作成（変更）を行うために必要としますので、認定関係資料の写しの交付について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者の事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者の事業所又は  施設の所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務対象者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 認定年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 介護サービス計画作成等受託日 | | 令和　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 必要とする認定関係資料の種類 | | □　認定調査結果  □　主治医意見  □　基本チェックリスト | | | | | | | | | | | |

添付書類

　サービス利用契約書その他これに類する書面の写し。ただし、居宅サービス計画作成依頼届出がされている居宅支援事業所及び介護保険施設であって当該施設への入所が確認できる場合は添付書類不要。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※ 処理欄(記入不要) | | | |
| 交付日 | | ／ | |
| 受付 | 確認 | | 交付 |
|  |  | |  |