

①

情報提供及び情報取得についての同意の確認

(個人情報、以下の目的以外に使用することはありません。)

提供・取得先	① 地域包括支援センター 居宅介護支援事業者 居宅サービス事業者 介護保険施設の関係人	② 主治医意見書を記載した医師	③ 認定調査に従事する調査員
使用目的	介護サービス計画の作成	介護保険事業の適切な運営	介護保険事業の適切な運営
提供・取得情報	調査の内容 主治医意見書の内容 その他審査会資料の内容	認定結果	調査の内容 主治医意見書の内容 介護認定審査会による判定結果・意見 ※前回の情報も含む。

私は、上記の内容で、情報を提示することに同意しました。

被保険者氏名 佐倉 花子 (代筆の場合も必ずご記入ください。)

※代筆の場合は、必ずご記入ください。

代筆者氏名 佐倉 太郎 被保険者から見た関係性 長男

代筆理由 手に麻痺があり、記入困難のため。本人からの同意あり。

※原則、代筆は本人及び親族、成年後見人等の代理人になります。

代筆理由には、必ず、同意を得ている旨と、記載できない理由が分かるように明記してください。

① 認定後、介護（予防）サービス計画を作成するために、認定時に使用した調査書・意見書等をケアマネジャー等が参考に使用することがあります。また、主治医意見書を記載した医師からの介護認定結果の問い合わせがあることがあります。ご本人に不利益となることはありませんが、個人情報のため、同意を確認させていただいております。

同意をいただける場合にはご本人の氏名を、代筆の場合は代筆者の氏名と続柄、代筆理由のご記入願います。(転入申請の場合は記入不要です。)

受付時記入及び確認欄 (以下の欄は、受付時に使用いたします。記入しないでください。)

受付場所	受付者
①志津北部地域包括支援センター (043-462-9531)	
②志津南部地域包括支援センター (043-460-7700)	
③白井・千代田地域包括支援センター (043-488-3731)	
④佐倉地域包括支援センター (043-488-5151)	
⑤南部地域包括支援センター (043-483-5520)	

※受付時の確認として、使用してください。(必ず、全てチェックを入れてください。)

- ☐ 記入漏れがないか。
- ☐ 申請書・問診票（入院・特養・老健以外）・確認票があるか。
- ☐ 2号被保険者（64歳以下）の場合の添付書類や特定疾病の記載あるか。
- ☐ 意見書依頼医師への受診が3カ月以内か。