年　　　月　　　日

かすみがうら市　介護長寿課長

（居宅介護支援事業者または介護保険施設の介護支援）

住　　所

事業者名

担当者名

Ｔ Ｅ Ｌ

要介護・要支援認定資料の請求について（申請）

最新の要介護・要支援認定資料を下記のとおり利用したいので申請します。

ただし、ケアプラン作成のための資料として活用し、その他の利用はいたしません。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 生年月日 | 本人との契約 | 必　要　書　類必要な所に○をつけてください |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ＭＴＳ | 済・未 | 一次判定結果・特記事項・主治医意見書 |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ＭＴＳ | 済・未 | 一次判定結果・特記事項・主治医意見書 |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ＭＴＳ | 済・未 | 一次判定結果・特記事項・主治医意見書 |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ＭＴＳ | 済・未 | 一次判定結果・特記事項・主治医意見書 |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ＭＴＳ | 済・未 | 一次判定結果・特記事項・主治医意見書 |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ＭＴＳ | 済・未 | 一次判定結果・特記事項・主治医意見書 |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ＭＴＳ | 済・未 | 一次判定結果・特記事項・主治医意見書 |

＊受領希望日の**３日前**までに申請してください。

ここに介護支援専門員登録証明書の写しを添付してください。

＊受領方法：該当する窓口に○をつけてください。

　かすみがうら市（　千代田庁舎　・　霞ヶ浦庁舎　）

　受領希望日（　　月　　　日）

＊家族や在宅サービス事業者などから認定資料の請求が

　あった場合は、当市が対応しますので照会ください。

受領者名記入欄（自署）

|  |
| --- |
|  |