様式第1―２号(第5条関係)　「しまね医療情報ネットワーク利用事業者用」

認定調査票等の開示依頼書

　　　　　　　　　　　年　　月　　日提出

　雲南広域連合長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼者欄 | (ふりがな)  事業所名 |  | 担当者  職・氏名 | (職名)  (氏名) |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　都道府県　　　　郡市区　　　　町村　　　　　番地 | | |
| 連絡先 | (　　　　　　)　　　　― | | |
| 被保険者との関係 | 1　指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者(地域包括支援センター)  2　指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス提供事業者  3　施設サービス提供事業者(介護保険施設)  4　指定地域密着型サービス提供事業者 | | |

　次のとおり認定調査票等の開示(配信)を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人(被保険者)欄① | (ふりがな)  氏名 |  | | | | 被保険者番号 |  |
|
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日 | | | | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 都道府県　　　　郡市区　　　　町村　　　　　　　番地 | | | | | |
| 認定年月 | 年　　　月 | | 開示区分 | 1　認定調査票　2　審査会判定結果・意見  3　主治医意見書 | | |
| 主治医等 | 氏名 |  | | 所属の医療機関名等 |  | |
| 本人(被保険者)欄② | (ふりがな)  氏名 |  | | | | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日 | | | | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 都道府県　　　　郡市区　　　　町村　　　　　　　番地 | | | | | |
| 認定年月 | 年　　　月 | | 開示区分 | 1　認定調査票　2　審査会判定結果・意見  3　主治医意見書 | | |
| 主治医等 | 氏名 |  | | 所属の医療機関名等 |  | |
| 本人(被保険者)欄③ | (ふりがな)  氏名 |  | | | | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日 | | | | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 都道府県　　　　郡市区　　　　町村　　　　　　　番地 | | | | | |
| 認定年月 | 年　　　月 | | 開示区分 | 1　認定調査票　2　審査会判定結果・意見  3　主治医意見書 | | |
| 主治医等 | 氏名 |  | | 所属の医療機関名等 |  | |

(注意)①この依頼書1枚で3名分まで依頼することができます。②添付書類が必要ですので事前にお確かめ下さい。③しまね医療情報ネットワーク配信システムにより、開示致します。

　「しまね医療情報ネットワーク利用事業者用」

裏

　※　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　指定居宅介護支援事業者  　 指定介護予防支援事業者(地域包括支援センター)  サービス計画作成依頼届出書　　　　　年　　　月　　　日届出 |
| 2　指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者  確認書類名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 3　介護保険施設  確認書類名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 4　指定地域密着型サービス提供事業者  確認書類名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 5　主治医等  確認書類名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |  |
| --- | --- |
| B　職員確認書類 | 1　職員である証明書  発行事業者名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  2　その他  証明するもの(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |