

介護保険 要介護認定等資料提供同意書

年 月 日

会津若松市長

被 保 険 者	被保険者番号										
	氏名	印									
	住所										
	生年月日				年		月		日	性別	男・女
	電話番号	()									

※ 本人又は家族が本人の名前で記入してください。
なお、本人が記入した場合は印は不要です。

私は、介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、地域密着型サービス（夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所および介護介護予防認知症対応型通所介護を除く）事業者および介護保険施設の関係人に提示することに同意します。