

記入見本

様式1-2(第2条関係)

原案受託事業者用

各担当地域包括支援センターから委託を受けた事業所が、請求する場合に使用します。

介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成のための情報公開請求書

(あて先) 八尾市長 年 月 日
 次のとおり請求します。

	提出者氏名	大阪 花子
請求書を提出される方の氏名を記入してください。	事業所(施設)名	ケアプランセンター〇〇
申請者(原案受託事業者)の氏名を記入してください。	代表者職氏名	〇〇 〇〇
契約書に記載のある法人または事業所名を記入してください。	所在地・電話番号	八尾市〇〇 〇-〇-〇 TEL 072-〇〇〇-〇〇〇
被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 × × × × × × ×
	生年月日	大正 昭和 西暦 ××年 ×月 ××日
	氏名	八尾 太郎
	住所	八尾市本町1-1-1
公開を求める書類の名称、要介護度及び有効期間等	①認定調査票(概況調査) ②認定調査票(基本調査) ③認定調査票(特記事項) ④主治医意見書 ※却下分については、認定日を記入してください。 ■ 要支援(1・2)、却下分 ■ 有効期間・認定日(R7.10.1)	
公開の方法	①閲覧 ②写しの交付(窓口) ③写しの送付(郵送)	
委託元地域包括支援センター	地域包括支援センター(担当地域包括支援センターを記入)	
介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出日	届出年月日(R7 年 11 月 1 日)	
利用目的	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を地域包括支援センターに提出している場合は、届出年月日を記入してください。	
誓約	本請求に基づいて利用しません。また、公開された書類は、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントの作成に利用し、利用後は上記申請者の事業者から委託元地域包括支援センターに引渡します。	

- (注) 1. 太枠内について該当するものを○で囲み、各欄必要な事項を必ず記入してください。また、委託元地域包括支援センター欄には担当地域包括支援センター名を記入してください。ただし、主治医意見書については、当該意見書を作成した主治医の同意がない場合は公開できません。
2. 申請中等で認定結果が出ていないものについては、提出者の本人確認のため、請求時に身分証明書の提示をお願いします。郵送の場合は、身分証明書の写しの添付をお願いします。
3. 「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書」を地域包括支援センターに提出している場合は、契約書の写しの添付をお願いします。(上記の届出年月日が直近2カ月以内の場合、届出の有無を確認できないこととなり、契約書の写しの添付が必要となります。)
4. 窓口での請求時は、提出者の身分証明書(運転免許証、職員証等)を提示してください。
5. 郵送請求の場合は、身分証明書の写し、110円切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

----- (以下、八尾市記入欄) -----

提出者確認書類			
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 職員証	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証
<input type="checkbox"/> その他 ()			