

宇和島市長 様

次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

		申請者氏名										本人との関係			
被 保 険 者	被 保 険 者 番 号										個 人 番 号				
	医 療 保 険	保 険 者 名										保 険 者 番 号			
		被 保 険 者 証 記 号					番 号					枝 番			
	フリガナ										生 年 月 日		年 月 日		
	氏 名										性 別		男 ・ 女		
	住 所										電 話 番 号				
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等										要 介 護 状 態 区 分 1 2 3 4 5		要 支 援 状 態 区 分 1 2		
											有 効 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
	変 更 申 請 理 由														
	過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 ・ 入 所 の 有 無										介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地		期 間		
										年 月 日 ~ 年 月 日					
										年 月 日 ~ 年 月 日					
										有 ・ 無		年 月 日 ~ 年 月 日			

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)									
	住 所	〒 電 話 番 号									

介 護 保 険 に 関 す る 通 知 文 書 の 送 付 先 住 所 ※被保険者住所以外に送付希望の場合にのみ記入	住 所										
	フリガナ氏名					本人との続柄					
										電 話 番 号	

主 治 医	主 治 医 の 氏 名					医 療 機 関 名				
	所 在 地					〒 電 話 番 号				

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、宇和島市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を宇和島市から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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

また、宇和島医療圏において、医療介護情報共有システム「みさいやネット」に参加する医療機関、介護サービス事業者その他の関係施設が、私の診療情報及び介護情報(個人情報を含む。)を当該システムを通じて共有し、要介護認定・要支援認定に係る手続き、適切な介護サービス計画の作成並びに円滑な医療・介護連携の推進に活用するとともに、生命に関わる救急搬送時や災害時において参照可能とすることに同意します。

※宇和島市記入欄

証 回 収 チ ェ ッ ク	済 ・ 未
---------------	-------

本人氏名