**介護保険要介護等認定個人情報提供申出書の提出一覧表**

申出日：　　　　年　　月　　日

事業所名：

連絡先（℡）：

申出件数：　　　　件　　　　　　　窓口申請する担当者名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申出者 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 提供方法 | 提供情報 | 備考 |
| １ |  |  |  | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |
| ２ |  |  |  | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |
| ３ |  |  |  | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |
| ４ |  |  |  | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |
| ５ |  |  |  | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |

⑴　即日交付は、1日、１事業所、1窓口につき、５件以内でお願いします。

⑵　即日交付の１窓口あたりの所要時間の見込みは約３０分です。

⑶　後日窓口で交付する場合は、受付から３営業日後に交付します。（連絡はしません。）

⑷　郵送で交付する場合は、受付から３営業日までに発送します。

　　ここから下は、記入しないでください。

氏　名・介護支援専門員証の番号

提出時確認：　　　　　　　　　　　　　　確認者

氏　名・介護支援専門員証の番号

交付時確認：　　　　　　　　　確認者

**記入例**

**介護保険要介護等認定個人情報提供申出書の提出一覧表**

申出日：　　　　年　　月　　日

事業所名：□□居宅介護支援事業所

担当者名：春日井　花子

連絡先（℡）：○×－△△△△

申出件数：４件

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 申出者 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 提供方法 | 提供情報 | 備考 |
| １ | 春日井　花子 | ○○○○○ | 鳥居　松子 | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |
| ２ | 春日井　花子 | ●●●●● | 勝川　誠 | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |
| ３ | 小野　太郎 | ◎◎◎◎◎ | 佐藤　三郎 | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |
| ４ | 愛知　一郎 | △△△△△ | 春日井　次郎 | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |
| ５ |  |  |  | 即　日  窓　口  郵　送 | 認定調査票  主治医意見書 |  |

⑴　即日交付は、1日、１事業所、1窓口につき、５件以内でお願いします。

⑵　即日交付の１窓口あたりの所要時間の見込みは約３０分です。

⑶　後日窓口で交付する場合は、受付から３営業日後に交付します。（連絡はしません。）

⑷　郵送で交付する場合は、受付から３営業日までに発送します。

　　ここから下は、記入しないでください。

氏　名・介護専門員者証の番号

提出時確認：　　　　　　　　　　　　　　確認者

氏　名・介護専門員者証の番号

交付時確認：　　　　　　　　　確認者