

様

(被保険者番号

申請日： 年 月 日)

ご申請いただいた要介護認定・要支援認定につきまして、次の「同意欄」をお読みいただき、認定を受ける方を記名し、介護保険課認定担当までご提出くださいますようお願いいたします。

同 意 欄
-------

私は、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、医療保険に係る情報を市長が利用することに同意するとともに、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、藤沢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、藤沢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、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示・提供する（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、更新申請を行った場合において、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定有効期間内であれば認定延期通知書の省略に同意します。

## 【署名欄】

被保険者氏名（認定を受ける人） \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係 \_\_\_\_\_

**※ 年 月 日までにご提出ください**

(事務担当) 藤沢市役所 介護保険課 認定担当 \_\_\_\_\_

〒251-8601 藤沢市朝日町1-1 (本庁舎2階)

電話番号 0466-50-3527 (直通)