



同意署名欄	<p>1 情報提供の同意・・・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・意見及び主治医意見書を、知多北部広域連合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、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。</p> <p>2 延期通知省略の同意・・・現在の有効期間内に認定が行われる場合、認定延期の通知をしないことに同意します。</p> <p>(本人が署名できないため、署名を代筆する場合には、代筆者の氏名も併せてご記入ください。)</p>
	<p>被保険者署名 <b>広域 太郎</b>                      代筆者氏名 <b>愛知 梅子</b></p> <p style="text-align: right;">(被保険者との関係 <b>ケアマネジャー</b> )</p>

\* 事務処理欄

被保険者証	番号確認	身元確認		代理権の確認
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 委任状
<b>資格者証</b>	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
<input type="checkbox"/> 発行済		<input type="checkbox"/> 確認済	<input type="checkbox"/> 確認済	<input type="checkbox"/> 確認済 1点
<input type="checkbox"/> 未発行				
<b>健康保険証</b>				
<input type="checkbox"/> 原本				
<input type="checkbox"/> コピー				
<input type="checkbox"/> 画像				
<input type="checkbox"/> 口頭				

この欄は、事務処理欄になりますので、空欄のままご提出ください。

課長	係長	受付者