

1 申請書変更箇所

(1) 同意欄の内容変更

<旧様式>

1 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、今回の認定結果、審査資料を  
地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等に提示することに同意します。同意しません□

2 今回の認定結果を、主治医意見書を作成した医師に通知することに同意します。 同意しません□

3 今回の認定審査で自立・要支援1・要支援2と判定された場合、認定結果等を地域包括支援センターに  
通知することに同意します。 同意しません□

本人

※1～3のすべてに同意する場合は、氏名のみご記入ください。法定代理人等 氏名

<新様式>

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、小金井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、小金井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、主治医意見書に係る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。

※同意する場合は、氏名をご記入ください。 本人・法定代理人等 氏名

2 主治医意見書変更箇所

(1) 同意欄の削除

<旧様式>

**主治医意見書** 記入日 令和 年 月 日

<b>申請者</b>	(ふりがな)	男・女	〒 -
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ( )	
医療機関名		FAX ( )	
医療機関所在地			

<新様式>

**主治医意見書** 記入日 令和 年 月 日

<b>申請者</b>	(ふりがな)	男・女	〒 -
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
医師氏名		電話 ( )	
医療機関名		FAX ( )	
医療機関所在地			

(2) 文言削除

<旧様式>

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

--

<新様式>

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。

--