

令和 年 月 日

## 同 意 書

入居希望者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

介護保険被保険者証番号 \_\_\_\_\_

入居判定に必要な情報及び入居申込の内容で不明な点について、

①市町村へ介護認定資料

- ・一次判定結果・認定調査票(基本調査)
  - ・認定調査票(特記事項・概況調査)
  - ・主治医意見書
- の請求をすることに

②介護支援専門員(ケアマネージャー)、入院・入所先等より情報を得ることに

( ) 同意します。

( ) 同意しません。

(いずれかに○印をつけて下さい。)

\* 資料は上記の目的以外に使用するものではありません。

氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(本人又は代理人) (続柄 )  
住 所 \_\_\_\_\_

(電話番号) \_\_\_\_\_