

資料受取被保険者一覧表

記入例

	被保険者番号	名前	住所	生年月日	認定調査票	主治医意見書	提出物	直近以外
1					☐ 認定調査票	☐ 主治医意見書	☐ 本人との契約書 ☐ 包括との契約書 ☐ 同意書 ☐ 他()	
2					☐ 認定調査票	☐ 主治医意見書	☐ 本人との契約書 ☐ 包括との契約書 ☐ 同意書 ☐ 他()	
3				年 月 日	☐ 認定調査票	☐ 主治医意見書	☐ 本人との契約書 ☐ 包括との契約書 ☐ 同意書 ☐ 他()	
4				年 月 日	☐ 認定調査票	☐ 主治医意見書	☐ 本人との契約書 ☐ 包括との契約書 ☐ 同意書 ☐ 他()	
5				年 月 日	☐ 認定調査票	☐ 主治医意見書	☐ 本人との契約書 ☐ 包括との契約書 ☐ 同意書 ☐ 他()	
6				年 月 日	☐ 認定調査票	☐ 主治医意見書	☐ 本人との契約書 ☐ 包括との契約書 ☐ 同意書 ☐ 他()	
7				年 月 日	☐ 認定調査票	☐ 主治医意見書	☐ 本人との契約書 ☐ 包括との契約書 ☐ 同意書 ☐ 他()	
8				年 月 日	☐ 認定調査票	☐ 主治医意見書	☐ 本人との契約書 ☐ 包括との契約書 ☐ 同意書 ☐ 他()	

介護保険に届出をした事業所の電話番号を記入してください。

先に申請し、承認の決定を受けた上記の事業所に提出してください。

一覧表提出場所以外で資料を受け取る場合は「受付場所以外」の「○」をして、受取場所を記入してください。

一覧表提出時には記入しないでください。資料を受け取る際に、内容を確認の上、署名してください。

報告を、

事業所名 _____

登録電話番号 _____

受取場所 受付場所 ・ 受付場所以外 (_____) 受取人 _____

受取日 年 月 日

受付印

【福山市記入欄】

受付者	発行者	交付者	照合者

※照合者は、「個人情報外部提供チェックシート」で確認をすること

○受付時確認事項

決定通知書	今年度分	介護保険課発行分	
本人確認	本人確認	☐ 介護支援専門員証 ☐ 運転免許証 ☐ 高齢者支援課発行の身分証 ☐ その他()	介護支援専門員以外のサービス計画作成担当者 ☐ 高齢者支援課発行の身分証 ☐ 運転免許証 ☐ その他()
	事業所所属確認	☐ 名札 ☐ 高齢者支援課発行の身分証 ☐ その他()	☐ 名札 ☐ 高齢者支援課発行の身分証 ☐ その他()
	サービス計画担当者資格確認	☐ 介護支援専門員証	社会福祉士・看護師・保健師等肩書の分かる書類 ☐ 名札 ☐ 名刺 ☐ その他()

●交付時確認事項

決定通知書	今年度分	介護保険課発行分	
本人確認	本人確認	☐ 介護支援専門員証 ☐ 運転免許証 ☐ 高齢者支援課発行の身分証 ☐ その他()	介護支援専門員以外のサービス計画作成担当者 ☐ 高齢者支援課発行の身分証 ☐ 運転免許証 ☐ その他()
	事業所所属確認	☐ 名札 ☐ 高齢者支援課発行の身分証 ☐ その他()	☐ 名札 ☐ 高齢者支援課発行の身分証 ☐ その他()
	サービス計画担当者資格確認	☐ 介護支援専門員証	社会福祉士・看護師・保健師等肩書の分かる書類 ☐ 名札 ☐ 名刺 ☐ その他()