

介護保険要介護認定等情報提供申出書

年 月 日

中川町長 様

私は、介護サービス提供に資するため、次のとおり要介護認定等に関する情報提供について申出をします。なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守ることを約束します。

申出者欄	氏名		本人との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
	事業者施設名		
	住所		
<div style="border: 1px solid black; background-color: #ADD8E6; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 本人・親族以外の場合 は事業者施設名を記入 して下さい。 </div>			
被保険者欄	氏名		被保険者番号
	生年月日		<div style="border: 1px solid black; background-color: #ADD8E6; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 郵送を希望される場合は、身分証明書の写し（介護支援専門員証・運転免許証・健康保険証等）を添付し、返信用封筒に切手（110円）を貼付の上、同封してください。 </div>
	住所		
使用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 介護保険施設の入所判定 <input type="checkbox"/> その他 ()	提供資料 <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送希望

※介護サービス計画作成等に利用されることに主治医の同意が得られていない場合は主治医意見書を提供できないことをご了承ください。

【本人同意欄】

私は、上記の申出者が、私の要介護認定等に関する情報提供を受けることに同意します。

年 月 日

本人署名 _____ (印)

代筆者氏名 _____ (印)

《申出者遵守事項》

- 1 提供資料を介護サービス提供等に資する目的以外に使用したり、本人以外の者に提供しないこと。
- 2 事業者は、その従業者または従業者であった者に前号の行為を行わないよう必要な措置を講ずること。
- 3 提供資料を厳重に管理し適正な保管に努めること。
- 4 提供資料を保有する必要がなくなったときは、速やかに破棄すること。
- 5 町長から資料の返還を求められたときは速やかに応じること。

町記入欄

- 申出どおり提供
主治医同意書なし →主治医意見書以外を提供
本人同意なし 提供対象事業者ではない →提供しない

交付年月日 年 月 日
※受付印

課長・参事	課長補佐・主幹	係長・主査	担当