別記様式(第４条関係)

介護保険認定情報提供申請書

年　　月　　日

　　袋井市長

事業所の所在地

申請者　　事業所の名称

氏名

電話番号

　　袋井市介護保険認定情報の提供に関する取扱要綱第４条の規定により、次のとおり情報の提供を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 情報を必要とする被保険者 | 被保険者番号 |  | |
| 住所 |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 対象情報 | □認定調査票  □一次判定結果  □主治医意見書  □介護認定審査会資料 | | |
| 提供の方法 | □閲覧 | | □写し |
| 遵守事項 | 情報の提供を受けるに当たり、次の事項を遵守します。  　１　提供を受けた情報を介護サービス計画の作成以外に利用しないこと。  　２　提供を受けた情報の内容について、他に漏らすことのないよう適切に管理すること。 | | |
| 備考 |  | | |

　(注)

　　１　□のある欄には、該当する□内にレ点を記入してくだざい。

　　２　本申請書には、情報を必要とする被保険者との契約を証する書類を添付してください。(居宅サービス計画作成依頼届出書が提出されている場合は必要ありません。)

　　３　申請に当たっては、提供の対象者であることを確認できるものを御用意ください。

　　４　情報を必要とする被保険者が複数ある場合は、別紙に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市使用欄 | 本人同意確認 |  |
| 契約確認 | 契約書　　　　　　作成依頼届 |
| 確認職員 |  |
| 提供日 | 年　　　月　　　日 |
| 備考 |  |