

別記様式(第4条関係)

介護保険認定情報提供申請書

〇年 〇月 〇日

袋井市長

事業所の所在地 袋井市××番地
事業所の名称 〇〇ケアプラン事業所
氏 名 居宅介護支援専門員
袋井 さくら
電話番号 〇〇-××××

申請者の資格を必ず記入してください。

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	0123456789	
	住 所	袋井市新屋一丁目1番地の1	
	氏 名	袋井太郎	計画を作成していない対象者は請求できません。 対象者が複数いる場合は、別紙に記入してください。
	生 年 月 日	昭和5年5月5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 対象情報を口頭で知りたい場合は閲覧にチェックを入れてください。 2 文書で請求する際には写しにチェックを入れてください。		
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さい。
- 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	