

要介護認定等情報提供申請書

年 月 日

芽 室 町 長 あて

下記のとおり、要介護認定等の情報提供を受けたく申請します。

なお、提供された情報については、裏面記載の遵守事項を厳守することを確約します。

【申請者】

フリガナ		本人との関係	1 本人又は法定代理人 2 親族 () 3 居宅介護支援事業者 4 居宅サービス事業者 5 介護保険施設 6 医師又は調査員
氏 名	印		
事業所名 施設名	※本人との関係が1・2以外の場合に御記入ください。 印		
住 所	〒 電話番号 — —		

【被保険者】

フリガナ		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生まれ
氏 名			
住 所	〒		
被保険者番号		要介護認定日	年 月 日
申請事由	1 介護サービス計画を作成するため 2 適切な介護サービスを提供するため 3 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所手続に必要なため		
申請情報	1 認定調査票 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 (<input type="checkbox"/> 概況調査票及び特記事項は不要) 2 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 3 要介護認定等結果 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 4 介護保険料の所得段階 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 5 介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 6 社会福祉法人等利用者負担軽減 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 7 負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの提供 ※主治医意見書については、当該医師の同意がない場合は提供できません。また、医師の判断により全ての情報が提供できない場合があります。		

【被保険者の同意】

※ 申請者が本人の場合、申請事由が「1」及び「2」の場合で介護保険要介護・要支援認定申請書に情報を提示することに同意する署名がある場合並びに「3」の場合で過去に署名したことがある場合は、記載・署名は要しません。

私は、上記の申請者が次の者であることを証するとともに、申請者が上記の情報の提供を受けることに同意します。なお、私が介護老人福祉施設の入所を待機している期間は、今後も引続き上記の申請者が認定調査票及び介護保険料率の所得段階について、情報の提供を受けることに同意します。

- 1 私の親族 ()
- 2 私の居宅サービス計画依頼届出書に記載されている居宅介護支援事業者
- 3 私と契約を締結あるいは締結予定の居宅サービス事業者又は介護保険施設
- 4 私が入所申込みを行っている又は行う予定の介護老人福祉施設
- 5 私の主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員

本人又は法定代理人 署名

(裏面)

【遵守事項】

- 1 提供を受けた情報は、申請事由以外の目的には使用しないこと。
- 2 提供を受けた情報により知り得た内容等は、他に一切もらさないこと。
- 3 資料の写しにより情報の提供を受けた時は、当該資料の写しの漏えい、改ざん、滅失、き損等がないよう特に厳重な取扱いをすること。
- 4 資料の写しにより情報の提供を受けた場合で、当該資料の写しを保有する必要がなくなったときは、責任をもって確実に、かつ速やかに当該資料の写しを破棄すること。
- 5 資料の写しにより情報の提供を受けた場合で、本人、又は芽室町から当該資料の写しの提示、提出又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

上記の遵守事項が守られない場合は、今後情報の提供はできなくなることを御了承願います。