

介護保険要介護等認定個人情報提供申出書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

次のとおり要介護等認定に係る個人情報の提供を申し出ます。

申出者	氏名	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他()
	住所	※事業者の場合は、事業所名も記入してください。 電話番号 — —	
提供理由	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成に利用 <input type="checkbox"/> その他(理由:)		

※ 申出者は、開示申出をすることができる者であることを証明する書類を提示又は提出してください。

※ 郵送での提供を希望する場合は、併せて返信用封筒(住所記入・切手貼付)を提出してください。

被保険者	被保険者番号	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
	氏名			
	住所	電話番号 — —		
認定情報	1	要介護認定区分等	認定年月日	年 月 日
		認定の有効期間	年 月 日から	年 月 日まで
	2	要介護認定区分等	認定年月日	年 月 日
		認定の有効期間	年 月 日から	年 月 日まで
提供情報	1	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書		
	2	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書		
提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 (<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送)			

(被保険者同意欄) ※申出者が被保険者本人の場合は記入不要

私は、上記申出者が、次の者であることを証するとともに、上記の要介護等認定に係る情報提供の申出をすることについて、同意します。

私の親族 私と介護サービスの提供に係る契約を締結している事業者

署名した日 年 月 日 本人署名 _____

----- ここから下は記入しないでください -----

受付	申出者確認方法	提供日	課長	課長補佐	主査	担当
		年 月 日				