

介護保険要介護等認定個人情報提供申出書（被保険者・親族用）

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。なお、資料の提供を受けた際は、個人情報の重要性を認識し、私の責任で資料を適正に管理・処分することを誓約します。

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"/> 親族（続柄：_____）
	住所	電話番号 _____	
使用目的			

※ 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	0 0 _____	生年月日	_____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
	2	要介護認定区分等	認定年月日	_____年 _____月 _____日
提供情報	1	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
		<input type="checkbox"/> 一次判定結果	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会議事録	
	2	<input type="checkbox"/> 認定調査票	<input type="checkbox"/> 主治医意見書	
		<input type="checkbox"/> 一次判定結果	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会議事録	
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及び成年後見人の場合は記入不要

私は、上記申出者が、私の親族（続柄（_____））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。

署名した日 _____年 _____月 _____日 本人署名 _____

以下、春日井市記入欄

受付	提供日
	月 日

確認書類

- 申出者の本人確認書類
（マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証等）
- 被保険者の本人確認書類
（被保険者同意欄代筆の場合）
- 被保険者との関係が分かるもの
（成年後見人、相続人からの申請の場合）