

互理町要介護認定等情報提供申出書

年 月 日

互理町長 殿

次のとおり認定に係る情報の提供を求めます。

なお、情報の提供を受けた場合は、裏面の事項を遵守することを誓約いたします。

申出者	氏名 (事業者又は施設の場合はその名称及び代表者名)		電話番号	
	住所 (所在地)	〒		
	区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被保険者の親族 <input type="checkbox"/> その他()		
被保険者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	〒		
提供を求める情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票(基本調査) <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 【被保険者及び主治医の同意がない場合は開示できません】			
提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧及び写しの交付			

注意 1 提供を受ける際は、本人等であることを証明する書類の提示が必要です。

2 主治医意見書は、被保険者及び主治医の同意が必要です。

※ 次の欄には記入しないで下さい。

処理欄	窓口に来た人の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()	受付印
	認定の結果通知日	年 月 日	
	主治医意見書開示に係る医師の確認	年 月 日	
	交付日	年 月 日	
	交付枚数	枚	
	備考	コピー代金 [受領済 (円) ・ 未]	

受付者	作成者	交付者
-----	-----	-----

誓約事項

- 1 提供を受けた資料に係る情報は、当該情報に係る被保険者本人の介護サービス計画又は介護予防サービス計画作成以外の目的に使用しません。
- 2 提供を受けた情報は、当該情報に係る被保険者本人の介護サービス計画作成に係わる関係者以外へは漏らしません。
- 3 提供を受けた資料に係る情報の漏えい及び改ざんの防止その他適正な管理のために必要な措置を講じるよう遵守します。
- 4 提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料を責任を持って廃棄します。

申出者署名
