

様式第1号（第2条関係）

要介護認定等情報提供申出書

年 月 日

色麻町長様

介護保険要介護認定等に係る情報の開示等を定める要綱第2条第4項の規定により、次のとおり介護保険被保険者の要介護認定等に係る情報が記載された資料の写しの提供を求めます。

なお、当該資料の写し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	事業者又は施設	名 称	印		
		所在地	TEL	()	—
	本人との関係		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> ()		
	窓口に来た人	氏 名	役職名等		
		住 所	TEL	()	—
被 保 険 者	ふりがな 氏 名		被保険者 証 番 号		
	生年月日	年 月 日	性 別		
	住 所				
提供を 求める 資 料	<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【主治医の同意がない場合は開示できません。】				
被 保 険 者 の 同 意	<p>私は、上記の申出者に対し「提供をを求める資料」欄に掲げる資料の写しを提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">被保険者本人等の署名、押印 印</p>				

※ 次の欄には記入しないでください。

申出者の確認	1 _____
	2 _____
	3 _____
処 理 欄	認定の結果通知日 年 月 日

(注) 申出の際は、居宅介護支援事業者及び介護保険施設の職員であることを証明する書類（身分証明書・運転免許証等）の提出又は提示が必要です。

(裏面)

誓 約 書

- 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作成以外の目的のために使用いたしません。
- 2 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作成に係わる関係人以外の者へ漏らしません。
- 3 提供を受けた情報に係る漏えい及び改ざんの防止その他の適正な管理のために必要な措置を講じます。

年 月 日

住所

氏名 _____ 印