様式第1号(第5条関係)

塩尻市介護保険に関する個人情報提供申請書(事業者用)

令和　　年　　月　　日

(あて先) 塩尻市長

申請者
事業所所在地
事 業 所 名
代 表 者 名
連絡先(電話)

サービス種類
□(介護予防)小規模多機能型居宅介護
□(介護予防)認知症対応型共同生活介護
□(介護予防・地域密着型)特定施設入居者生活介護
□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
□複合型サービス
□(介護予防)居宅介護支援事業
□介護保険施設
□地域包括支援センター

次のとおり、要介護・要支援認定に関する個人情報の提供をしてください。

個人情報ファイル又は公文書の名称	要介護・要支援認定ファイル　　要介護認定調査・判定ファイル
提供を受けたい要介護認定情報	対象者 住　所： 氏　名： 生年月日：明・大・昭　　年　　月　　日生 被保険者番号： 認定通知の時期　　年　　月　　日 □認定調査表(概況調査)　□一次判定結果票 □認定調査表(基本調査)　□主治医意見書 □認定調査表(特記事項)　□二次判定結果
使用する業務名及び使用目的	□(介護予防)居宅サービス計画の作成 □(介護予防・地域密着型)特定施設サービス計画の作成 □(介護予防)認知症対応型共同生活介護の計画 □(地域密着型)施設サービス計画の作成
管理方法	塩尻市個人情報保護条例、塩尻市個人情報保護条例施行規則及び塩尻市介護保険に関する個人情報取扱要綱に基づき、個人情報の適正な管理のために必要な措置を講ずる。
提供を受ける根拠	塩尻市個人情報保護条例第10条第1項第1号及び 塩尻市介護保険に関する個人情報取扱要綱第2条第2項第　号に該当
使用開始	年　　月　　日から
備考	提供方法　□閲覧・□写しの交付

対象者の同意	上記申請者に対し、市が保有する私の上記の要介護・要支援認定に関する個人情報を提供することに同意します。 なお、上記申請者は、私の介護サービス計画等の作成業務を行う事業者であることを申し添えます。 令和　　年　　月　　日 本人氏名　　印 (氏名を自署する場合、押印を省略することができます。)