

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

事業所所在地

事業所名

申請者代表者名

申請者連絡先(電話)

☐ (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

サービス種類

☐ 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

印

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		
<div><input type="checkbox"/> 認定調査表(概況調査)</div> <div><input type="checkbox"/> 認定調査表(基本調査)</div> <div><input type="checkbox"/> 認定調査表(特記事項)</div> <div><input type="checkbox"/> 一次判定結果票</div> <div><input type="checkbox"/> 主治医意見書</div> <div><input type="checkbox"/> 二次判定結果</div>			
使用する業務 名及び使用目的	<div><input type="checkbox"/> (介護予防) 居宅サービス計画の作成</div> <div><input type="checkbox"/> (介護予防・地域密着型) 特定施設サービス計画の作成</div> <div><input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護の計画</div> <div><input type="checkbox"/> (地域密着型) 施設サービス計画の作成</div>		
使用開始	年 月 日から		
備考	提供方法 <input type="checkbox"/> 閲覧 ・ <input type="checkbox"/> 写しの交付		

対象者の同意	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>本人署名 印</p> <p>(自署の場合は押印不要)</p>
--------	---