

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)	印
サービス 種類	<input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> (介護予防・地域密着型) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> (介護予防) 居宅介護支援事業 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 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	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">対 象 者</td> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>被保険者番号</td> <td></td> </tr> </table>	対 象 者	住 所		氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	被保険者番号		認定通知の時期 年 月 日
			対 象 者	住 所							
				氏 名							
				生年月日	明・大・昭 年 月 日						
	被保険者番号										
<input type="checkbox"/> 認定調査表(概況調査) <input type="checkbox"/> 一次判定結果票 <input type="checkbox"/> 認定調査表(基本調査) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定調査表(特記事項) <input type="checkbox"/> 二次判定結果											
<input type="checkbox"/> (介護予防) 居宅サービス計画の作成 <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 <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護の計画 <input type="checkbox"/> (地域密着型) 施設サービス計画の作成											
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	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 本人署名 <input type="text"/> 印 (自署の場合は押印不要)	
------------	---	--