

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	代表者名	
請	連絡先(電話)	
者	<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	
サービス	<input type="checkbox"/> 複合型サービス	
種類	<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	対象者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">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 日生</td> </tr> <tr> <td>被保険者番号</td> <td></td> </tr> </table>	住 所		氏 名		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	被保険者番号	
	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								
	<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									
使用する業務 名及び使用目的	<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"/> 閱 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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本 人 署 名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: center;">(自署の場合は押印不要)</p>
--------	--