

様式第2号(第4条関係) 要介護認定等情報提供申請書

安芸高田市長 様

年 月 日

私は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等の情報提供を申請します。  
 なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

|                                    |   |                            |  |  |
|------------------------------------|---|----------------------------|--|--|
| 申<br>請<br>者                        | 事業者名<br>(事業者の場合)  | 本<br>人<br>と<br>の<br>関<br>係 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 本人の親族(続柄 )<br><input type="checkbox"/> 居宅介護・予防支援事業者等<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス・介護保険施設事業者<br><input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業者<br><input type="checkbox"/> 意見書を記載した主治医 |  |
|                                    | 氏名<br>(担当者名)  |                            |  |  |
|                                    | 住所又は事業所<br>所在地  |                            | 電話番号 ( ) -   |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                   | 被保険者番号  |                            |  |  |
|                                    | フリガナ  | 生年月日                       | 明・大・昭・平 年 月 日  |  |
|                                    | 氏名  | 性別                         | 男 ・ 女  |  |
|                                    | 住所  |                            |  |  |
| 提供を希望する<br>情報                      | <input type="checkbox"/> 要介護認定・要支援認定にかかる調査内容<br><input type="checkbox"/> 介護認定審査会による判定結果・意見<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 |                            |  |  |
| 提供方法                               | <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 写しの郵送(返信用封筒を添付すること)                       |                            |  |  |
| 目的<br>*申請者が主治医意見書を<br>記入した医師の場合は不要 | <input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成のため<br><input type="checkbox"/> 介護予防サービス(介護予防マネジメント)計画作成のため                                |                            |  |  |

遵守事項

- 1 提供を受けた情報を他の目的に使用しないこと。
  - 2 提供を受けた情報を、紛失、漏えい、破損等の事故がないように厳重に管理すること。
  - 3 提供を受けた情報を保有する必要がなくなったとき(目的が終了したとき)は、速やかに当該資料(複写し、又は複製したものを含む。)を責任を持って廃棄すること。
- ※ 上記の遵守事項に違反した場合は、提供した情報の返還を求めるとともに、以後の情報の提供を行わないことがある。

【本人同意欄】安芸高田市が保有する私の上記情報について、上記目的のために必要があるときは、申請者へその情報を提示することに同意します。

|      |                      |
|------|----------------------|
| 本人署名 | 代筆者(代筆の場合) [本人との関係 ] |
|------|----------------------|

\* 保険者記入欄

| 確認項目    | 確認者 | 確認内容        | 備考 |
|---------|-----|-------------|----|
| 申請書本人同意 |     | 同意あり ・ 同意なし | 枚  |
| 主治医同意   |     | 同意あり ・ 同意なし | 枚  |
| 判定結果・意見 |     | 同意あり ・ 同意なし | 枚  |

写しの交付・郵送に要する費用 コピー代 円 + 郵送代 円 = 円