要介護認定等に係る情報提供申請書

　　年　　月　　日

白河市長

　私は、次により被保険者の要介護認定等に係る情報について、白河市要介護認定及び要支援認定に係る情報の提供に関する取扱基準に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　　　請　　　　者 | 氏　名 |  | 住所等 | ＴＥＬ |
| 事業者・施設名称 |  |
| 本人との  関係 | □居宅介護支援事業者　　　　　　　□特定施設入居者生活介護事業者  □地域包括支援センター　　　　　　□介護予防特定施設入居者生活介護事業者  □介護保険施設　　　　　　　　　　□小規模多機能型居宅介護事業者  □認知症対応型共同生活介護事業者　□介護予防小規模多機能型居宅介護事業者  □介護予防認知症対応型共同生活介護事業者 | | |

遵守事項

１　私は、情報提供された情報を本人の居宅サービス計画、介護予防サービス計画、施設サービス計画、認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画、特定施設サービス計画、介護予防特定施設サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画又は介護予防小規模多機能型居宅介護計画の作成以外の目的に使用しません。

２　私は、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業者、介護予防認知症対応型共同生活介護事業者、特定施設入居者生活介護事業者、介護予防特定施設入居者生活介護事業者、小規模多機能型居宅介護事業者又は介護予防小規模多機能型居宅介護事業者の職員又は職員であった者が、前号の行為を遵守するよう必要な措置を講じます。

３　私は、貸与された写しを厳重に保管し、目的が終了したときは速やかに市役所に返還します。

要介護認定等に係る情報提供該当者一覧

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人（被保険者） | | | | | | | | | | | | 請求する情報 |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | 生年月日 | 住所 |
| 氏名 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 白河市 | □認定調査票  □主治医意見書  □結果通知書 |
|  | | | | | | | | | |