

様式第1号（第5条関係）

要介護認定等の情報提供に係る申請書

令和 年 月 日

大河原町長 様

私（申請者）は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する情報について、提供されるよう申請します。

なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の事項を遵守し、私（申請者）の責任で情報を適正に管理することを誓約します。

申請者	氏名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者名称 (担当者名)			<input type="checkbox"/> 家族 ()
	住所 (所在地)			<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設

被保険者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	大河原町 字		
提供情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査） <input type="checkbox"/> 認定調査票（基本調査） <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料（一次判定結果等） <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 介護認定審査会会議録			

〔本人同意欄〕

本人同意書

私は、上記の申請者が下記の者であることを証するとともに、大河原町が保有する私の介護保険の要介護認定等に関する情報について、申請者に提供することに同意します。

私の家族 []

私と契約を締結した、介護予防支援事業者・居宅介護支援事業者・介護保険施設

私と契約を締結する予定の介護予防支援事業者・居宅介護支援事業者・介護保険施設

本人署名 _____

