

介護保険認定関係情報提供依頼書

秩父市長 様

依頼者	氏名		Ⓜ	事業者名 (被委任者のみ)	
	生年月日	大・昭・平	年 月 日生		
	住所				
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 委任を受けた者(本人との関係) <input type="checkbox"/> 法定代理人			

下記被保険者の介護保険認定関係情報の提供(交付)を依頼します。なお、閲覧等により知り得た事項は、目的以外に使用しないことを誓約いたします。

記

被保険者	氏名		被保険者 番号															
	生年月日	大・昭	年 月 日生	性別	男・女													
	住所																	
提供目的	1 介護計画作成のため 2 特別養護老人ホーム入所参考資料のため 3 その他()																	
提供方法	1 閲覧 2 コピー																	
提供事項	1 要介護認定に係る調査結果(特記事項を含む。) 2 主治医意見書 3 介護認定審査会に関するもの 4 その他市長が特に必要と認めるもの																	

※1 依頼者は、身分を証明するもの(運転免許証等)を提示してください。

※2 医師の同意のない主治医意見書は情報提供できません。

※3 事業者は被保険者本人と「居宅介護支援」、「介護予防支援」又は「介護サービス」の提供について契約を締結している者に限られます。

委任状

私は、上記依頼者に秩父市が保有する私の介護保険要介護認定に係る個人情報の提供について全権を委任することに同意します。

令和 年 月 日

本人住所 _____

本人署名 _____ Ⓜ