介護サービス計画作成等に係る情報提供依頼申請書

福 井 市 長　様

　次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 事業所・施設等名 | | 事業所の所在地 |
|  | | 〒    ℡ |

情報提供をうけたい被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号  氏　名 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所　在  　　　　在宅　　　　　施設 | | | | | | | | | | | 介護サービス計画作成依頼届出書の提出  有　　　　　　無 |
| 情報提供を希望する内容  （○で囲んでください）  　１　主治医意見書 　２　調査票 | | | | | | | | | | | 要介護・要支援認定日　（　　　月　　　日）  （非該当の場合）総合事業登録　 あり ・ なし |
| 被保険者番号  氏　名 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所　在  　　　　在宅　　　　　施設 | | | | | | | | | | | 介護サービス計画作成依頼届出書の提出  有　　　　　　無 |
| 情報提供を希望する内容  （○で囲んでください）  　１　主治医意見書 　 ２　調査票 | | | | | | | | | | | 要介護・要支援認定日　（　　　月　　　日）  （非該当の場合）総合事業登録　 あり ・ なし |
| 被保険者番号  氏　名 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所　在  　　　　在宅　　　　　施設 | | | | | | | | | | | 介護サービス計画作成依頼届出書の提出  有　　　　　　無 |
| 情報提供を希望する内容  （○で囲んでください）  　１　主治医意見書 　 ２　調査票 | | | | | | | | | | | 要介護・要支援認定日　（　　　月　　　日）  （非該当の場合）総合事業登録　 あり ・ なし |
| 被保険者番号  氏　名 | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所　在  　　　　在宅　　　　　施設 | | | | | | | | | | | 介護サービス計画作成依頼届出書の提出  有　　　　　　無 |
| 情報提供を希望する内容  （○で囲んでください）  　１　主治医意見書 　 ２　調査票 | | | | | | | | | | | 要介護・要支援認定日　（　　　月　　　日）  （非該当の場合）総合事業登録　 あり ・ なし |

※情報提供を受けた支援事業者・施設等は、次の事項を遵守してください。

(1)提供を受けた情報については、被保険者の介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営以外の目的で使用しないこと。

(2)提供を受けた情報を厳重に管理し、かつ、情報の漏えい及び改ざんの防止その他適切な管理のための必要な措置を講ずること。

■依頼のあった書類は、事業所担当箱にてお渡しします。