

令和〇×年△月□日

介護保険個人情報提供申請書

(あて先)市川三郷町長

私は、下記の被保険者の要介護認定に関する資料を提供されるよう申請します。なお、資料の提供を受けた際は、市川三郷町介護保険個人情報の提供に係る取扱要綱第9条の遵守事項を守り、私の責任において適正に管理することを約します。

＜記入方法＞

＜申請者欄＞

- ・申請者の対象となるのは、被保険者本人、本人の親族、本人と契約を締結している居宅介護支援事業者および介護保険施設、法定代理人です。
- ・申請者が本人、親族又は法定代理人の場合、氏名と住所、被保険者との続柄を記入してください。
- ・申請者が、居宅介護支援事業者または介護保険施設の職員の場合、「氏名」欄に職員の署名・押印、「居宅介護支援事業者または介護保険施設の名称」欄に事業所及び施設の名称と押印してください。

＜提供を希望する情報欄＞

- ・必要とする情報にチェックをしてください。

＜提供の方法欄＞

- ・閲覧及び写しの交付にチェックをし、写しの交付の場合は、手渡ししか郵送のどちらかにチェックをしてください。

情報料は有料です。(予防給付及び介護予防ケアマネジメント用は無料です)

\* 料金は枚数に応じて変わります。一枚につき50円 郵送料は返信用封筒があれば無料。

＜要介護認定有効開始年月日欄＞

- ・必要とする資料に係る要介護認定結果の有効開始年月日を記入してください。

|                 |                       |                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                   |
|-----------------|-----------------------|----------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者             | 氏 名                   | 市川 太郎                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 被<br>保<br>険<br>者<br>と<br>の<br>関<br>係      | <input type="checkbox"/> 本人                                                                                                                                                                                        |                       |                                                                                                                                                                   |
|                 | 居宅介護支援事業者または介護保険施設の名称 | 市川介護支援事業所                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           | <input type="checkbox"/> 親族（続柄：）<br><input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者<br><input type="checkbox"/> 介護保険施設<br><input type="checkbox"/> 法定代理人<br><input type="checkbox"/> その他（）                           |                       |                                                                                                                                                                   |
|                 | 住所または事業所所在地           | 〒409-0000 市川三郷町〇〇〇-〇<br>電話番号 (△△△)△△△△ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                   |
|                 | 申請理由                  | 〇〇〇の為                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                   |
| 情報の提供の対象となる被保険者 | 被保険者番号                | 1                                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 提<br>供<br>を<br>希<br>望<br>す<br>る<br>情<br>報 | <input checked="" type="checkbox"/> 調査票(概況調査)<br><input checked="" type="checkbox"/> 調査票(基本調査)<br><input checked="" type="checkbox"/> 調査票(特記事項)<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書<br><input type="checkbox"/> その他 | 提<br>供<br>の<br>方<br>法 | <input type="checkbox"/> 閲覧<br><input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付<br><input checked="" type="checkbox"/> 手渡し<br><input type="checkbox"/> 郵送<br>※コピー代郵送料は有料 |
|                 | フリガナ氏 名               | イナカ ハナコ<br>市川 花子                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                   |
|                 | 生年月日                  | 明・大・昭<br>●年 ●●月 ●●日                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                   |
|                 | 性 別                   | 男 ・ 女                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                   |
|                 | 住 所                   | 市川三郷町市川大門◇-◇<br>電話番号 (◆◆◆)◆◆◆◆         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                   |
| 要介護認定有効開始年月日    | 令和 〇× 年 〇× 月 〇× 日から   |                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                           |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                   |

※裏面の説明文をよく読んで、申請してください。

同意欄

私は、上記の申請者に市川三郷町が保有する上記資料を提供することに同意します。

被保険者本人署名 市川 花子

代筆者氏名及び続柄 市川 一郎（長男）

＜同意欄＞

- ・被保険者本人、親族又は法定代理人からの申請でないときは、同意欄に署名が必要となります。
- ・被保険者本人が署名できるときは、本人が名前を記入してください。
- ・被保険者本人が署名できないときは、親族の方又は法定代理人が本人の名前を代筆し、親族の方の署名と続柄を記入してください。