

介護サービス提供に係る情報提供申請書兼同意書

年 月 日

粕江市長 あて

提供された情報は、介護サービス提供以外には使用しないこと、第三者への提供及び複写をしないこと、保管管理を厳格に行うこと、以上を誓約し、申請します。

申請者	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護保険施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療病床)									
	事業者番号									
	事業所所在地	〒								
	事業所名									
	申請者氏名									
電話番号	()	FAX	()

提供してほしい情報

被保険者番号				生年月日				性別		
				明治・大正・昭和	年	月	日	男	・	女
住所										
被保険者氏名				電話番号		()				
<input type="checkbox"/> 要介護認定調査票				<input type="checkbox"/> 主治医意見書						

情報提供同意書

年 月 日

介護サービスを利用するため、個人情報に係る下記の情報を、上記の者に提供することに同意します。

- 全部
- 一部 ——— 要介護認定調査票のみ
- 主治医意見書のみ

被保険者 署名
