

課長	補佐	係長	係	次のとおり処理 いたします。 月 日

別記様式第1号（第4条関係）

要介護認定等情報提供申請書

年 月 日

長沼町長様

長沼町介護保険要介護認定等の情報提供に関する要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。
なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守ることを誓約します。

申請者欄	氏名 ⑩	被 保 者	被保険者氏名			
	申請者区分【被保険者との関係】 本人・親族（続柄： ） 医師・契約事業者		被保険者 番 号			
	事業所・施設名 （事業所番号 ）		生年月日 年 月 日 生			
	住所（居住地）		被保険者住所（住民票）			
	電話 （ ）		電話 （ ）			
使用目的 <input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成 <input type="checkbox"/> 適切な介護サービスを提供 <input type="checkbox"/> 介護保険関連施設入所検討委員会資料		提供資料（ 年 月 日 認定・却下） <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 介護認定審査会による判定結果及び意見				

【本人同意欄】

※居宅介護（介護予防）支援事業者・介護保険施設等に対して、要支援・要介護認定申請書において本人同意があり、かつ、契約を確認できる場合は不要。

私は、長沼町が保有する上記資料について申請者に提供することに同意します。

本人署名 _____

代筆者住所 _____

代筆者氏名 _____（続柄 _____）

※申請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。

（申請者の遵守事項）

- 1) 提供を受けた資料を利用目的以外に使用しないこと。
- 2) 提供を受けた資料の漏えい、改ざん、紛失、毀損等を防止すること。
- 3) 提供を受けた資料を保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ、速やかに責任を持って当該情報を処分すること。

<注意>上記の事項に違反した場合、以降の資料提供が受けられなくなります。

【町処理欄】

1. 申請方法 窓口申請 本人の住民票上の住所地以外へ郵送
本人の住民票上の住所地へ郵送
2. 確認事項 免許証 健康保険証 介護保険証 面識者 その他（ ）
3. 提供等 申請どおり提供
主治医同意なし 本人同意なし 提供対象事業者ではない
→意見書以外を提供
→提供せず