

(別紙2)

要介護認定・要支援認定等情報提供申出書

年 月 日

(宛先) 河内長野市長

申出者 住 所
氏 名
電話番号

印

要介護認定・要支援認定等情報の提供を申し出ます。

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭
	ふりがな			年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		
申 出 者	氏名又は名称			
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 家族又は親族() <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター		
	使用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成等介護事業の運営 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	情報提供書類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 基本調査票		

○本人同意欄

私は、上記の申出者が、上記の使用目的のため、河内長野市が保有する私に関する上記の資料について、申出者に提供することに同意します。

本人署名 _____ 印

※ 提供資料を上記以外の使用目的には使用しません。

<市確認欄>

被保険者分	<input type="checkbox"/> 免許証
	<input type="checkbox"/> 健康保険証
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 委任状等
	<input type="checkbox"/> その他官公庁から発行した書類 ()

<input type="checkbox"/> 申出者分	<input type="checkbox"/> 免許証
	<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> ①ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> その他官公庁から発行した書類 ()
<input type="checkbox"/> ②施設職員	<input type="checkbox"/> 職員証
	<input type="checkbox"/> 届け出
	<input type="checkbox"/> 職員証
	<input type="checkbox"/> 契約書の原本