

介護保険 要介護認定等情報請求依頼書

年 月 日

紋 別 市 長 様

私は、次のとおり介護保険の要介護認定・要支援認定等に係る情報が記載された資料について、下記理由により情報を提供されるよう請求します。

なお、資料の提供を受けた際は、責任を持って当該個人情報の管理を行うとともに、下記目的以外のいかなる用途にも使用しないことを約束いたします。

申出者欄	氏 名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	事業者・施設名	印		
	住 所	〒 _____ _____ 電話番号 _____		
必要とする資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (<input type="checkbox"/> 概況調査 <input type="checkbox"/> 基本調査 <input type="checkbox"/> 特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他 ()			
被 保 険 者 氏 名				
被 保 険 者 番 号		個人番号		
住 所				
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日			
必要とする理由	<input type="checkbox"/> 介護（介護予防）サービス計画の為 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所申込における判定資料の為 <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所申込における添付資料の為 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※ 申出者が被保険者以外である場合は、下記同意欄の本人記載必須。

※ 申出者が被保険者本人である場合は二重枠線の氏名・住所は不要。

【本人同意欄】

私は上記申出者を代理人と定め、上記資料について申出者が情報提供される事に同意します。

被保険者代理人	本人氏名	_____	印
	氏名	_____	印
	(被保険者との関係)	_____	
	住所	_____	
	電話番号	_____	

※被保険者代理人は、被保険者が心身の都合により記名押印できない場合のみとする。

----- 以下は記入しないでください -----

申出者	本人、代理人からの承諾書	課長	係長	係
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> 介護保険施設	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> 被保険者の親族	必要なし			
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			