

(表面)

別記様式

逗子市介護保険情報提供申請書

年 月 日

逗子市長

次のとおり申請します。

情 報 提 供 対 象 者			
被 保 険 者 番 号	フリガナ 氏 名		
生 年 月 日			
情 報 提 供 資 料			
介護認定調査情報		主治医意見書	
情 報 提 供 申 請 者			
フリガナ 氏 名	事業 者 施設名等		
所在地	代表者	印	
種 別	1 指定居宅介護支援事業者	事業 者 指 定 番 号	
	2 指定居宅サービス事業者	事業 者 指 定 番 号	
	3 介護保険施設	事業 者 指 定 番 号	
	4 基準該当居宅介護支援事業所	基 準 該 当 事 業 所 番 号	
	5 基準該当居宅サービス事業所	基 準 該 当 事 業 所 番 号	

遵守事項

- サービス利用者の介護サービス計画の作成又はサービスの提供に使用し、目的以外に使用しないこと。
- サービス利用者の親族その他第三者に知らせないこと。
- サービス事業者等は、その従業者又は従業者であった者が前2号に掲げる行為に違反しないよう必要な措置を講じること。
- 情報提供を受けたものを厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正に保管すること。
- 情報提供を受けたものを紛失又は破損したときは、直ちに市長に報告し、市長の指示に従い善処すること。
- サービス利用者との契約関係又はサービスの提供が終了したときは、速やかに情報提供を受けたものを責任をもって破棄すること。この場合において、情報提供を受けたものを複写又は複製したのものについても、同様とする。
- 市長が情報提供を受けたものの提示若しくは提出又は返還を求めたときは、速やかにこれに応じること。

決 裁		
課長	係長	係

起案年月日	・ ・
決裁年月日	・ ・

情報提供	する	しない
理由		

(裏面)

【本人同意欄】 \* 本人申請する場合は記入不要

私は、情報提供申請者が次の者であることを証するとともに、当該申請者に前述の情報提供資料を提供することに同意します。

私と契約を締結した居宅介護支援事業者及び介護保険施設  
私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者及び介護保険施設  
私の親族

本人の署名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者署名 \_\_\_\_\_ 印