

※郵送で申請の場合は、返信用封筒（切手を貼付したもの）の同封をお願いします。

(表面)

(記入例)

別記様式

逗子市介護保険情報提供申請書

逗子市長

平成30年 4月1日

次のとおり申請します。

情報提供対象者			
被保険者番号	0000000000	フリガナ氏名	スシ タロウ 返子 太郎
生年月日	昭和 20年 4月1日		
情報提供資料			
<input checked="" type="checkbox"/> 介護認定調査情報		<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書	
情報提供申請者			
フリガナ氏名	スシ ハナコ 返子 花子	事業者施設名等	○×居宅介護支援事業所
所在地	逗子市逗子5-2-16		代表者 返子 次郎 印
種別	① 指定居宅介護支援事業者	事業者指定番号	0000000000
	2 指定居宅サービス事業者	事業者指定番号	法人代表者または施設の管理者の記名・押印をお願いします。
	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

- 1 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。
- 2 サービス利用者の親族その他第三者に知らせないこと。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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ものについても、同様とする。
- 7 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	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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

ケアマネージャー等が申請する場合はご本人の印鑑が必要です。

本人の署名 **返子 太郎** 印

代筆者署名 **返子 花子** 印