様式1号

# 介護保険 個人情報の外部提供申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 和光市長様 | | 申請年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
|  | 事業所住所 | | | |
| 事 業 所 名 | | | |
| 申請者 | 代 表 者 名 | | |  |
| 事業所電話番号 | | | |
| 来庁者氏名（介護支援専門員が来庁した場合は記入不要） | | | |

下記の者の介護保険サービス計画作成に当たり必要があるので、次の１～３の書類の閲覧・写しの交付（必要なものに○をつけてください）を申請します。

１．介護認定審査会資料（一次判定結果）

２．認定調査票

３．主治医意見書（外部提供に係る主治医の同意がない場合を除く。）

なお、介護保険サービス計画を作成するために、閲覧又は写しの交付により知り得た情報については、介護保険サービス計画作成目的以外には使用しないこと、また、厳重管理し、他に情報を漏らさないことを誓約します。

記

## （被保険者番号）＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住  （ 電 | 所  話 ） |  | | |
| 氏 | 名 |  | | |
| 性 | 別 | 男 | ・ | 女 |
| 生 年 | 月 日 |  | | |

なお、写しの場合はＡ４サイズまで。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 受　付　番　号 | 発　行　日 | 受　付　者 | 受取人署名欄 |
|  |  |  |  |

□身分証確認済