

介護保険認定情報提供依頼書
(介護老人福祉施設入所申込用)

令和 年 月 日

調布市長宛

施設名 _____
所在地 _____
施設長名 _____
電話 () _____

介護保険法に基づく介護サービスを円滑に実施するために、下記の者に対する介護認定情報が必要ですので提供を依頼いたします。

なお、提供後は個人情報の保護のため、下記注意事項を遵守し取扱いには十分注意いたします。

対象者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
対象者住所			
被保険者番号			
対象の情報	年 月 日認定にかかる ※1 <input type="checkbox"/> 認定調査票 (<input type="checkbox"/> 基本調査・ <input type="checkbox"/> 特記事項)・ <input type="checkbox"/> 主治医意見書		
依頼理由	※2 _____市介護老人福祉施設入所指針,または当施設の入所に関する運営基準に基づく申込みに必要なため		

※1 「対象の情報」は、必要とするものに印をつけてください。

※2 「依頼理由」は、貴施設所在地の市名を御記入ください。

<注意事項>

- 1 個人情報の秘密保持に関すること
- 2 依頼理由以外の使用及び第三者への提供の禁止に関すること
- 3 個人情報の複写・複製の禁止に関すること
- 4 事故発生時における報告義務に関すること
- 5 利用期間終了後の返還又は廃棄に関すること

<高齢者支援室介護保険担当使用欄>

受付印	
-----	--