**介護サービス（予防）提供に係る情報提供申請書兼同意書**

令和　　年　　月　　日

東吾妻町長　様

提供された情報は、介護サービス（予防）提供以外には使用しないこと、第三者への提供及び複写をしないこと、保管管理を厳格に行うこと、以上を誓約し、申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申　　請　　者** | □　居宅介護支援事業者（小規模多機能型居宅介護支援事業者含む）□　介護保険施設 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 事業所所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | |  |
| 申請者氏名 |  | | | | | | | | | | |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | |

提供してほしい情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | 性　別 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明治・大正・昭和  　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | 男 ・ 女 |
| 住　　所 | | | |  | | | | | | | | | |
| 被保険者  氏　　名 | | | |  | | | | | | | 電話番号 |  | |
| □　認定調査票　　　　　　　　□　主治医意見書 | | | | | | | | | | | | | |

**情報提供同意書**（ ※ 情報提供同意書は被保険者本人又は家族の方がご記入ください ）

令和　　年　　月　　日

介護サービス（予防）を利用するため、個人情報に係る下記の情報を、上記の者に提供することに同意します。

□　全部

□　一部　　　　　　　　　□　認定調査票のみ

　　　　　　　　　　　　　□　主治医意見書のみ

|  |
| --- |
| 被保険者氏名 |