

介護保険認定関係情報提供依頼書

横瀬町長 様

|     |        |   |  |                  |
|-----|--------|---|--|------------------|
| 依頼者 | 氏名     | 印   |  | 事業者名<br>(被委任者のみ) |
|     | 生年月日   | 年 月 日生  |  |                  |
|     | 住所     |   |  |                  |
|     | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 委任を受けた者<br><input type="checkbox"/> 法定代理人      (本人との関係 ) |  |                  |

下記被保険者の介護保険認定関係情報の提供（交付）を依頼します。なお、閲覧等により知り得た事項は、目的以外に使用しないことを誓約いたします。

記

|        |   |              |    |     |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|---|--------------|----|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者   | 氏名  | 被保険者番号       |    | ┆   | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ | ┆ |
|        | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日生 | 性別 | 男・女 |   |   |   |   |   |   |   |
|        | 住所  | 電話番号 ( )     |    |     |   |   |   |   |   |   |   |
| 提供依頼目的 | 1 介護計画作成のため<br>2 特別養護老人ホーム入所参考資料のため<br>3 その他 ( )        |              |    |     |   |   |   |   |   |   |   |
| 提供依頼方法 | 1 閲覧      2 写し  |              |    |     |   |   |   |   |   |   |   |
| 提供依頼事項 | 1 要介護認定に係る調査結果（特記事項を含む。）<br>2 主治医意見書<br>3 介護認定審査会に関するもの |              |    |     |   |   |   |   |   |   |   |

- ※1 依頼者は、身分を証明するもの（運転免許証等）を提示してください。
- ※2 医師の同意のない主治医意見書は情報提供できません。
- ※3 事業者は、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」に記載されている者及び横瀬町地域包括支援センターが委託している事業者に限られます。

委任状

私は、上記の依頼者に横瀬町が保有する私の介護保険要介護認定に係る個人情報の提供依頼について全権を委任します。

年 月 日

本人住所 \_\_\_\_\_

|      |        |  |
|------|--------|--|
| 町取扱者 | 本人等確認欄 |  |
|      | 免許証    |  |
|      | パスポート  |  |
|      | その他の証明 |  |
|      | 面識者    |  |

本人署名 \_\_\_\_\_ 印