

北アルプス広域連合要介護認定等に
関する情報提供申請書（事業者用）

年 月 日

北アルプス広域連合長 様

私は、北アルプス広域連合介護保険の要介護認定等に関する個人情報提供取扱要綱第5条第1項の規定により、次のとおり情報の提供を申請します。なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守ることを約します。

申請者	事業所所在地															
	事業者・施設名															
	連絡先	電話														
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者（受託事業者を含む） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）														
被保険者	住所															
	フリガナ															
	氏名															
	被保険者番号	0	0										生年月日	明・大・昭	年	月
情報提供申請理由	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> 介護保険施設への入所判定のため															
提供情報	認定日	年 月 日										必要書類	<input type="checkbox"/> 認定資料一式			
提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付										※個別に情報提供を希望する場合は下記 <input type="checkbox"/> に✓ <input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・基本調査） <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書（主治医の同意がある場合に限る）					
写しの受領方法	<input type="checkbox"/> ※郵送希望 <input type="checkbox"/> 広域事務局での直接受取															

※郵送希望の場合は、返信用封筒（切手を貼付したもの）を添付してください。

【被保険者同意欄】

私は、北アルプス広域連合が保有する上記の資料について、申請者に提供することに同意します。 年 月 日 被保険者氏名（署名） _____ ※代筆者氏名 _____（続柄 _____）
--

※被保険者の同意署名は、本人自署によります。自署が困難な場合は、親族等による代筆が可能です。

※情報提供申請書は必ず両面印刷してください。

