

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(本人・親族等)

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。

申請者	住所							
	氏名							
	連絡先	電話	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 親族(続柄))
				<input type="checkbox"/> その他()	

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	日
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申込みのため <input type="checkbox"/> その他(具体的に)														
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

(裏面)

注 意 事 項

- 1 申請する際に下記の公的証明書等により、申請者が本人、親族若しくは、本人が成年被後見人の場合における法定代理人であることが確認できない場合は、情報提供できません。
- 2 主治医意見書を作成した医師が、当該意見書に記載された情報を本人等に提供することについて同意しない場合は、情報提供できません。

〈介護保険担当職員 記入欄〉

申請者の確認書類	
本人・親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証・結果通知等 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他公的な証明書 ()	法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 成年後見登記の登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()

	市町村	広 域	
担 当 者 印	・ ・	・ ・	資料提供・申請却下日
			年 月 日

・ 郵送代金 _____ 円