様式第2号

介護サービス提供に係る情報提供申請書兼同意書

年　　月　　日

狛江市長 あて

提供された情報は、介護サービス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	☐ 指定居宅介護支援事業者　☐ 指定介護予防支援事業者　☐ 特定施設 ☐ 認知症対応型共同生活介護　☐ 地域密着型特定施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ 介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療病床）
	事業者番号
	事業所所在地 〒
	事業所名
	申請者氏名
	電話番号　（　　）　FAX　（　　）

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	（　　）
☐ 要介護認定調査票　☐ 主治医意見書		

情報提供同意書

年　　月　　日

介護サービスを利用するため、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
- ☐ 要介護認定調査票のみ
- ☐ 主治医意見書のみ

被保険者氏名　　㊞