

要介護認定等に係る個人情報提供申出書

令和 年 月 日

柏市長 あて

(申出者) 事業者番号
事業者名 (包括)
所在地
電話番号
代表者氏名

事業者名 (委託)
所在地
電話番号
窓口受領者

要介護認定等に係る個人情報について次のとおり提供を申し出ます。

被 保 険 者	氏名		被保険者番号										
	住所												
認 定 年 月 日	年 月 日			生年月日	年 月 日								
提供を希望するデータの欄をチェック	☐ 介護認定審査会資料 ☐ 認定調査票（特記事項） ☐ 主治医意見書												

〔被保険者同意欄〕 介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書で当該情報を提供することについて被保険者が同意しているときは記入する必要はありません。

私は、上記の申出者に柏市が保有する上記データに記録されている私に係る個人情報を提供することに同意します。

被保険者氏名 _____ 印

（自署の場合は押印不要です。）

【申請者契約情報】 ※ 事業者記入

- 1 申出日現在の担当介護支援専門員名 _____
- 2 居宅介護支援等の契約日又は受付日※受付票（ホビ）添付 令和 年 月 日

〔市処理欄〕 （記入しないでください。）

受領者確認 ☐ 従業者身分証明書
主治医確認 ☐ 同意 ☐ 未同意（☐ 同意 ☐ 同意しない 確認日 令和 年 月 日）
交付日（送付日） 令和 年 月 日

受付者	提出方法	受付印	