

# 介護保険認定調査票等個人情報の提示申請書

令和 年 月 日

池田市長様

(申請者) 名称

代表者

所在地

電話番号 ( ) -

下記のとおり介護保険認定調査票等個人情報の提示を申請します。なお、提示を受けた情報は、下記記載の使用目的以外には一切使用しないこと及びその情報の管理には介護保険法その他の諸規程並びに池田市の条例その他諸規程を遵守すると共に、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づき、適切に取扱うことを誓約します。

## 記

提示を申請する被保険者名及びその認定情報

事業所記入欄					市処理欄			
被保険者番号	氏名	提示申請書類※	使用目的※	備考	同意の有無		居宅届出	認定申請日
					本人	主治医		
1000		調・意 チ	予・介 施・総					
1000		調・意 チ	予・介 施・総					
1000		調・意 チ	予・介 施・総					
1000		調・意 チ	予・介 施・総					
1000		調・意 チ	予・介 施・総					

- ※ 提示申請書類 調:認定調査票、意:主治医意見書、チ:基本チェックリスト、必要な資料に○してください。
- ※ 使用目的 予:介護予防サービス計画、介:居宅介護サービス計画、施:施設サービス計画、総:介護予防ケアマネジメント（総合事業）、該当するものに○、その他の場合はサービス種別を備考欄に記入してください。
- ※ 施設サービス計画の場合は、施設利用者であることがわかる書類（契約書の写し等）を添付してください。
- ※ 対象者が6名以上の場合は「介護保険認定調査票等個人情報の提示申請書対象者リスト」に記入してください。
- ※ 郵送による提示を希望する場合は、110円切手を貼付した返信用封筒を添付してください。

受領者氏名	
-------	--

### 市決裁欄

課長	認定担当	交付日	交付方法	交付担当
			<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	