

介護保険認定調査票等個人情報の提示申請書

令和 5 年 4 月 1 日

池田市長様

記入例

(申請者) 名称 **ふくまる居宅介護事業所**
代表者 **福丸 太郎**
所在地 **池田市城南1-1-1**
電話番号 (**072**) **754 6228**

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		認定申請日
					本人	主治医	
1000 123456	池田 太郎	調・意 チ	予・介 施・総				
1000		意	予・介 施・総				
1000			予・介 施・総				
1000		チ	予・介 施・総				
1000		調・意 チ	予・介 施・総				

該当するものに○

空欄のまま提出

- ※ 提示申請書類(調・意、調・意・総、調・意・総・チ)は、基本チェックリスト、必要な資料に○してください。
 - ※ **【提示できる条件】**
 - ・ケアプラン届が提出済みであること
 - ・施設入所の場合、施設利用者であることがわかる書類を添付すること(契約書の写し等)
 - ※ **【池田市から他市へ転出済の場合】**
 - ・転出先の市町村へのケアプラン届が提出済みであること、転出先市町村の被保険者証(居宅の印字があるもの)の写しを添付すること(新被保険者証が間に合わない場合は、居宅の契約書を添付)
 - ※ **【郵送の場合の注意】**
 - 94円切手を貼付した返信用封筒を添付すること
- | | |
|------------------------------------------------------------|------|
| 氏名 | |
| 交付方法 | 交付担当 |
| <input type="checkbox"/> 郵送
<input type="checkbox"/> 窓口 | |