

受付第	号
(受付印)	

課長	課長補佐	係長	係員

(様式第1号)

介護保険要介護認定等に係る個人情報提供依頼書

年 月 日

五所川原市長 殿

依頼者	担当者氏名		事業所等名	
	サービス種類	1、居宅介護支援事業者 2、居宅サービス事業者 3、介護保険施設 4、地域密着サービス事業者 5、その他 ()		
	住所 (所在地)	〒 -		
	連絡先	電話番号 ()		

五所川原市介護保険要介護認定等に係る個人情報提供に関する要綱第2条第3項の規定により、次のとおり個人情報の提供を依頼します。

提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付	利用目的	1. 介護サービス計画作成 2. 加算における日常生活自立度の決定 3. その他 ()
被保険者番号	被保険者氏名	提供依頼情報	
		<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 <input type="checkbox"/> 審査会判定結果 <input type="checkbox"/> 直近のもの <input type="checkbox"/> 直近以外のもの(前回・前々回・全部)	
		<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 <input type="checkbox"/> 審査会判定結果 <input type="checkbox"/> 直近のもの <input type="checkbox"/> 直近以外のもの(前回・前々回・全部)	
		<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 <input type="checkbox"/> 審査会判定結果 <input type="checkbox"/> 直近のもの <input type="checkbox"/> 直近以外のもの(前回・前々回・全部)	
		<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 一次判定結果 <input type="checkbox"/> 審査会判定結果 <input type="checkbox"/> 直近のもの <input type="checkbox"/> 直近以外のもの(前回・前々回・全部)	

保険者記入欄

決定等の状況	告知日	年 月 日
	決定等の内容	① 全部提供 件
		② 部分提供 件
		③ 不提供 件
		④ 不存在 件
① 提供の実施	提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付
	提供の日時	<input type="checkbox"/> 告知日 <input type="checkbox"/> 年 月 日 時 分
	提供の場所等	<input type="checkbox"/> 介護福祉課 <input type="checkbox"/> 送付
② 部分提供	提供しない部分	
	部分を提供しない理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の同意がないため <input type="checkbox"/> 主治医意見書記載医師の同意がないため <input type="checkbox"/> ()
③ 不提供	不提供の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の同意がないため <input type="checkbox"/> 主治医意見書記載医師の同意がないため <input type="checkbox"/> ()
		<input type="checkbox"/> 被保険者の申請情報がないため <input type="checkbox"/> ()
④ 不存在	不存在の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の申請情報がないため <input type="checkbox"/> ()