

要介護認定等に係る個人情報提供申出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 あて

提出日を記入してください。  
※郵送の場合は投函日

(申出者) 事業者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇  
所在地 柏市柏〇〇—〇〇—〇〇  
事業者・施設名 居宅介護支援事業所〇〇〇  
電話番号 04—〇〇〇〇—〇〇〇〇

窓口で受け取る従業者名を  
記入してください。  
※郵送の場合は記入不要

代表者氏名 柏 花 子  
窓口受領者 〇 〇 〇〇〇

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出ます。

被 保 険 者	氏名	●● ●●●	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	住所	柏市〇〇5-6-7		
認定年月日	令和 〇年 〇〇月 〇〇日	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日	
提供を希望するデータの欄をチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 介護認定審査会資料	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）	必要な情報に✓を記入してください。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

御本人様が記入された場合は押印は不要です。

被保険者氏名 ●● ●●● 印  
(自署の場合は押印不要です。)

【契約事実確認】 ※ 事業者記入欄

- 1 申出日現在の担当介護支援専門員名 〇〇 〇〇〇
- 2 居宅介護支援等の契約日又は施設入所契約日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

いずれも必ず記入してください。

[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