

介護(予防)サービス計画作成のための情報提供申込書兼誓約書(居宅)

平成 年 月 日

加古川市
介護保険課長 様

郵便番号
住 所
請求者 事業所名
代表者名
電話番号



介護(予防)サービス計画作成に必要なため、次の被保険者について、要介護認定調査結果等の情報提供を求めます。
なお、提供を受けた個人情報については、介護(予防)サービス計画作成以外の目的には使用せず、守秘義務を遵守し、他に漏洩しないことを誓約します。

◇利用する個人情報の内容

	被保険者氏名	被保険者番号 (生年月日)	性別	利用する内容	介護保険課処理欄	
					確認	枚数
1		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
2		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
3		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
4		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
5		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
6		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
7		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
8		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
9		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	
10		(M・T・S . .)	男・女	<input type="checkbox"/> 調査票 <input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 住 基 <input type="checkbox"/> 依 頼 届 <input type="checkbox"/> 医師同意 <input type="checkbox"/> 要介護度	

※情報提供料として、印刷1面につき10円をいただきます。

担当	金額