

長野市記録情報提供申請書（介護保険・事業者用）

令和 年 月 日

長野市長様

- 【 事業所所在地
 申 事業所名
 請 代表者名
 者 連絡先（電話）
 者
 【 サービス種類
- 認知症対応型共同生活介護
 - 地域密着型特定施設入所者生活介護
 - 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
 - 小規模多機能型居宅介護
 - 介護保険施設
 - 居宅介護支援事業

次のとおり、要介護・要支援認定に関する個人情報の提供をお願いします。

個人情報ファイル 又は公文書の名称	要介護・要支援認定ファイル 要介護認定調査・判定ファイル																													
提供を受けたい 要介護認定情報	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">対 象 者</td> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者番号</td> <td> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> <p>認定通知の時期 _____年 _____月 _____日</p> <p><input type="checkbox"/> 概況調査・基本調査（一次・二次判定結果を含む）</p> <p><input type="checkbox"/> 特記事項</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医意見書</p>	対 象 者	住 所		氏 名		生 年 月 日		被保険者番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
対 象 者	住 所																													
	氏 名																													
	生 年 月 日																													
	被保険者番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																												
使用する業務名 及び使用目的	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の作成 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護の計画 <input type="checkbox"/> 施設サービス計画の作成 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護の計画																													
管 理 方 法	個人情報の保護に関する法律及び長野市介護保険個人情報提供要綱に基づき、個人情報の適正な管理のために必要な措置を講じます。																													
提供を受ける根拠	個人情報の保護に関する法律第 69 条第 2 項及び 長野市介護保険個人情報提供要綱第 2 第 _____号に該当																													
使 用 期 間	_____年 _____月 _____日から																													
備 考	提供方法：閲覧・写し（電磁的記録を紙に出力したものを含む。）の交付																													

対象者の 同 意	<p>上記申請者に対し、市が保有する私の上記の要介護・要支援認定に関する個人情報を提供することに同意します。</p> <p>なお、上記申請者は、私の介護サービス計画等の作成業務を行う事業者であることを申し添えます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p>
-------------	---