小川村介護保険記録情報提供申請書（事業者用）

令和　　年　　月　　日

小　川　村　長　　様

申請者	事業所所在地	
	事業所名	
	代表者名	
	連絡先（電話）	
	サービス種類	□　居宅介護支援事業者　□　居宅介護サービス事業者 □　介護保険施設

次のとおり、要介護認定等に関する個人情報の提供をされるよう申請します。

提供を受けたい情報の内容	被保険者名	住所	
		氏名	
		生年月日	
	□　認定調査票（概況調査）　□その他（　　） □　認定調査票（基本調査） □　認定調査票（特記事項） □　一次判定・二次判定結果 □　主治医意見書		
記録情報の使用目的	□　居宅介護サービス計画の作成 □　施設介護サービス計画の作成		

対象者の同意	上記申請者に対し、村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。 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。　令和　　年　　月　　日 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿