介護保険　要介護認定等情報請求依頼書

令和　　年　　月　　日

西　興　部　村　長　様

私は、次のとおり介護保険の要介護認定・要支援認定等に係る情報が記載された資料について、下記理由により情報を提供されるよう請求します。

なお、資料の提供を受けた際は、責任を持って当該個人情報の管理を行うとともに、下記目的以外のいかなる用途にも使用しない事を約束いたします。

申出者欄	氏　　名		本人との関係	□本人　□親戚（　　） □その他（　　）
	事業者・施設名　称			
	住　　所	〒 TEL		

必要とする資料	□認定調査票　（□概況調査　□基本情報　□特記事項） □主治医意見書 □その他										
被保険者氏名											
被保険者番号											
住　　所											
生　年　月　日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日										
必要とする理由	□介護（介護予防）サービス計画のため □介護保険施設入所申込における判定資料のため □介護保険施設入所申込における添付資料のため □その他（										

※　申出者が被保険者本人である場合は、上記二重枠線の氏名・住所は不要。
※　申出者が被保険者以外である場合は、下記同意欄の本人記載必須。

【本人同意欄】

私は上記申出者を代理人と定め、上記資料について申出者が情報提供される事に同意します。

本人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者代理人
- 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
  （被保険者との関係　　）
- 住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　被保険者代理人は、被保険者が心身の都合により記名押印できない場合のみとする。
※　申出者が居宅介護支援事業所、介護保険施設の場合は介護支援専門員証の写し添付が必要。

・－・－・－・－・－・－・－・－　以下は記入しないでください　－・－・－・－・－・－・－・－・－・－・－

申出者	申出者確認欄
□居宅介護支援事業所 □介護保険施設 □その他（	□介護支援専門員証　□運転免許証 □その他（　　）
□被保険者の親族	必要なし