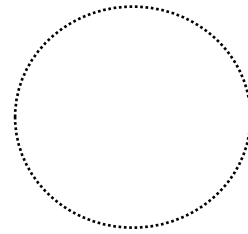


要介護認定等に係る情報提供同意書



令和 年 月 日

加西市長 あて

被 保 険 者	被保険者番号	2	2	0	0	0													
	フリガナ												生年月日	大・昭	年	月	日		
	氏名																		
	住所	〒											電話番号						
	申請年月日 又は認定年月日	令和 年 月 日 (申請・認定)																	

同 意 欄	<p>介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、加西市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状態等の情報を、加西市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。</p> <p>被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄) _____</p> <p>※被保険者による自署が困難な場合は、親族等による代筆が可能です（事業者は不可）。</p>
-------------	---

提 出 者	氏名又は 事業者の名称		被保険者との関係	
	住所又は 所在地	〒 _____ 電話番号 _____		