

被保険者番号

介護保険受給者情報提供承諾書

年 月 日

北アルプス広域連合
広域連合長様

承諾者住所	
承諾者氏名	印
被保険者との続柄	

私(私の家族)が利用申し込みをした施設が設置する入所判定委員会にて入所判定を行うために、北アルプス広域連合が申し込み施設に対して、次の介護保険受給者情報を提供することを承認いたします。

被保険者の受給者情報

- 要介護認定にかかる調査内容、主治医意見書(ただし主治医の同意がある場合)に関する事
- 要介護認定の結果(要支援1・2、要介護1～5)
- 要介護認定の有効期間
- 契約をしている居宅介護支援事業所名、又は、契約の有無
- 介護保険によるサービスの利用状況

被保険者氏名	
被保険者住所 (承諾者と同じ場合、省略可)	
利用申込み施設名 (情報受領施設)	
施設受付担当者名	
備考 (連絡事項)	

※ 承諾をいただける場合は、「承諾者氏名欄」に自署、押印をお願いします。

※ 一部承諾できない場合は、その内容の「□欄」にレ点を付けてください。

※ 情報提供の承諾以外に利用希望者本人又は家族が定期的に被保険者証などを施設に提示することなどでの対応も可能です。

[北アルプス広域連合処理欄]

受付NO		担当	課内合議	係長	課長	所長	連合長
受付月日	・						
処理月日	・						