

(様式第3号) (第5関係)

須坂市記録情報提供申請書(入所用)

年 月 日

須坂市長 あて

申請者名  
(事業所名)  
住 所  
(事業所所在地)  
連絡先(電話)

次のとおり、介護保険に関する個人情報の提供をしてください。

提供を受けたい 個人情報	被 保 険 者	氏 名											
		被保険者番号											
	上記対象者の ・要介護状態区分 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ・介護保険サービス利用実績 ・(その他)												
使用する業務名 及び使用目的	介護老人福祉施設等入所にあたり必要な情報であるため												
管 理 方 法	須坂市個人情報保護条例及び須坂市介護保険個人情報提供要領に基づき、個人情報の適正な管理のために必要な措置を講ずる。												
使 用 期 間	年 月 日から												
備 考	提供方法： 閲覧 ・ 写しの交付												

本人の同意	上記申請者に対し、市が保有する私の上記の個人情報を提供することに同意します。												
	年 月 日  本人署名_____												
(施設入所申込書で個人情報提供の確認ができる場合は、その写しでも可)													