認定結果情報外部提供申出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　北海道伊達市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

 電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　次のとおり個人情報の提供を受けたいので届け出ます。

１　提供を受けたい個人情報

　　認定情報

２　利用目的

 ケアプラン作成

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 認　定　日 | 介 護 度 | 認　定　有　効　期　間 |
|  |  |  . . |  |  . . ～ . . |
|  |  |  . . |  |  . . ～ . .  |
|  |  |  . . |  |  . . ～ . .  |
|  |  |  . . |  |  . . ～ . .  |
|  |  |  . . |  |  . . ～ . .  |
|  |  |  . . |  |  . . ～ . .  |

　＊太枠のみ記入して下さい｡