

別記様式（第2条関係）

介護サービス計画等の作成のための認定情報提供依頼書

福岡県介護保険広域連合長 様
(支部)

年 月 日

住 所

事業所名

申 請 者

電話番号 ()

下記の者に関する介護サービス計画等の作成のため、認定情報の提供を依頼します。なお、提供された情報については、目的外に使用しないことを誓約し、守秘義務を遵守します。

対象者 住所
氏名 年 月 日生

本人同意欄（本人が署名できない場合は、委任を受けた代理人が本人氏名を記入する。）

私は、上記申請者に介護サービス計画等の作成を依頼しますので、私の下記認定情報を提供することに同意します。

同意するもの	認 定 情 報	支部整理欄
	認定調査内容（概況調査・基本調査・特記事項）	
	主治医意見書（医師の同意があるものに限る）	

署名

〔※要介護認定申請時に提供することについて同意の署名があるときは省略可〕

介護サービス計画等の作成のための認定情報提供について

年 月 日

様

福岡県介護保険広域連合
広域連合長

印

上記の介護サービス計画等の作成のための認定情報提供依頼について、福岡県介護保険広域連合要介護認定及び要支援認定に係る情報の提供に関する要綱（平成20年福岡県介護保険広域連合告示第28号）に基づき提供します。