

被保険者番号	0	0							
--------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

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

承諾者氏名	
承諾者住所	
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、申し込み施設に対して、北アルプス広域連合が次の介護保険受給者情報を提供することを承諾いたします。

- ・ 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 (複数施設の記載可)	
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」欄に自署をお願いします。

[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	事務局長	連合長
受付月日	・						
処理月日	・						