情 報 提 供 同 意 書

令和　　年　　月　　日

大北圏域介護保険事業者連絡協議会
介 護 保 険 施 設 部 会 長　殿

住 所

氏 名　　㊞

代理人住所

代理人氏名　　㊞

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、この度、貴施設へ入所を申し込むに当たり、私の受給者情報（下記1参照）を各施設の入所判定委員会の判定資料として提供すること及び、介護保険施設部会（下記2 参照）間で必要と認める場合に、守秘義務を前提に閲覧することに同意します。

記

1．被保険者の受給者情報（拒否される場合はチェックしてください）

☐ 北アルプス広域連合長に提出する
「介護保険受給者情報提供承諾書」と同じ内容

2．介護保険施設（拒否される場合はチックしてください）

☐ 特養 白嶺	☐ 特養 ライフ松川
☐ 特養 カトレヤ	☐ 老健 白馬メディア
☐ 特養 銀松苑	☐ 老健 虹の家
☐ 特養 リーベ大町	☐ 老健 孝松舘
☐ 特養 高瀬荘	☐ 老健 ライフ2
☐ 特養 ライフ	