様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

**市川市保有個人情報提供依頼書**

市川市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （依頼者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

住所（所在地）

氏　　名（名称）

印

（代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

（事業所名）

市川市個人情報の保護に関する法律の施行に関する規則第３条第１項の規定により、次のとおり依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 提供希望日 | 年　　　月　　　日 |
| 提供を希望する保有個人情報の内容 | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 個人情報の種類  （必要な箇所に〇印をお付けください。) | | | 備考 | | 認定調査票 | | 主治医  意見書 | | 基本調査 | 特記事項 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 目的 | 介護サービスを必要とする被保険者の心身の状態を把握し、より適切な介護保険法に定める介護サービス計画を作成するため。 |

様式第１号（第３条関係）

**記入例**

記入しない→

年　　月　　日

**市川市保有個人情報提供依頼書**

市川市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （依頼者）

**①**郵便番号　**〒272-8501**

**②**住所（所在地）**市川市八幡１－１－１**

**③**氏　　名（名称）**株式会社　市川介護**

**④**（代表者名）**代表取締役 市川太郎**

**⑤**電　　話 **047-334-1111**

**⑥**（事業所名）**居宅介護支援事業所市川第一**

市川市個人情報の保護に関する法律の施行に関する規則第３条第１項の規定により、次のとおり依頼します。

←記入しない

|  |  |
| --- | --- |
| 提供希望日 | **年　　　月　　　日** |
| 提供を希望する保有個人情報の内容  **⑦** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 個人情報の種類  （必要な箇所に〇印をお付けください。) | | | 備考 | | 認定調査票 | | 主治医  意見書 | | 基本調査 | 特記事項 | | 0000000001 | 八幡　花子 | 〇 | 〇 | 〇 |  | | 0000000002 | 八幡　太郎 |  |  | 〇 |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 目的 | 介護サービスを必要とする被保険者の心身の状態を把握し、より適切な介護保険法に定める介護サービス計画を作成するため。 |

**１．市川市保有個人情報提供依頼書　記入例**

下記の場合は「市川市保有個人情報提供依頼書」に前ページ内赤字のとおり記入します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内容 | 例 | 申請書の  記載箇所 |
| 法人の本社所在地 | 〒272-8501 | ①欄 |
| 市川市八幡１－１－１ | ②欄 |
| 法人名 | 株式会社　市川介護 | ③欄 |
| 法人の代表者 | 代表取締役　市川　太郎 | ④欄 |
| 法人の本社電話番号 | 047-334-1111 | ⑤欄 |
| 居宅介護支援事業所の名称 | 居宅介護支援事業所市川第一 | ⑥欄 |
| 提供を希望する保有個人情報  ・八幡　花子（被保険者番号0000000001）の認定調査票（基本調査・特記事項）及び主治医意見書  ・八幡　太郎（被保険者番号0000000002）の主治医意見書 | | ⑦欄 |

**２．市川市保有個人情報提供依頼書　記入上の注意**

（１）日付は2カ所とも空欄にしてください。

（２）社判は以下の通り、法人の社判を押印してください（カラーコピー不可）。

　　　〇　法人の社判

　　　×　居宅介護支援事業所の印

　　　×　居宅介護支援事業所代表者（管理者・施設長等）の印

　　　×　ケアマネジャーの認め印

（３）１枚の依頼書で10人分の情報提供依頼ができます。一度の申請で10人以上の情報提供依頼をする場合は、同じ様式を追加で使用してください。その際、2枚目以降の申請書は「提供を希望する保有個人情報の内容」のみ記載してください。