年　　月　　日

諏訪広域連合 広域連合長　様

（介護保険課長）　　　　　事業所の所在地

事業所名

代表者の氏名

担当者名

（電話番号　　　　－　　　　－　　　　）

個 人 情 報 提 供 依 頼 書

　平成17年９月16日付諏広介第80号で決定のあった個人情報外部提供決定通知により、下記の当事業所の介護サービス利用者について、負担限度額認定等の情報提供をしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏　　　名 | 提供項目（必要項目に○を記入） | | | | |
| 交　付  年月日 | 適　用  年月日 | 有効期限 | 負担限度額  （食　費）  （居住費又は滞在費） | 証記載  保険者  番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |