諏訪広域連合	中代津マ目	様
部がルッキ令	丛 奥理合长	疗求

(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。

			提供項目(必要項目に○を記入)				
被保険者番号	氏	名	交 付 年月日	適 用 年月日	有効期限	負担限度額 (食 費) (居団以滞費)	証記載 保険者 番 号