**個人情報外部提供同意書**

（あて先）豊中市長

　年　　　月　　　日

私は、下記の指定居宅介護支援事業者、居宅サービス提供事業者または介護保険施設等の担当者に次の事項について提示することに同意します。

**（提示事項）**

・要介護・要支援認定にかかる認定調査内容

・要介護・要支援認定にかかる主治医意見書

・介護認定審査会による判定結果

**（被保険者氏名）**

※署名は本人が自署してください。

※豊中市から転出している場合は転出前の豊中市の住所も併記してください。転出していても、豊中市被保険者であれば併記不要です。

住　所

　　 氏　名

＜被保険者自署が困難なとき＞

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄

　 自署が困難な理由

　　※被保険者自署が困難なときは、代理人（家族、親族、後見人等）の名前、続柄及びその理由を記入してください。なお当該法定代理人は、法定代理人であることを証する書面（家庭裁判所の審判書等）のコピーに内容に相違ない旨を記入し、記入日、署名又は記名・捺印があるものを併せて提出してください。

　　※同意書の日付は豊中市の受付日より過去3ヶ月以内のものを有効とします。

**（事業者または施設）**

住　所

　 事業所・施設名