

平成 年 月 日

情報提供同意書

私は、介護（介護予防）サービス計画の作成及び介護（介護予防）サービス提供に際し、必要な場合においては、主治医から下記の居宅介護支援事業所の担当事業所等に情報提供すること及び、診療情報提供書の負担金について保険請求が生じることに同意します。

利用者住所

利用者氏名

印

代筆者氏名

印（続柄

）

情報提供を受ける居宅介護支援事業所等

事業所名

所在地

担当者名

*医師から居宅介護支援事業所等に情報提供される際には、診療情報提供料の個人負担金が発生します。