

伊丹市介護度改善インセンティブ事業参加同意書

伊丹市長 様

私は、伊丹市介護度改善インセンティブ事業に参加するため、下記の事項に同意します。

記

- ・ 私が利用する通所介護（または地域密着型通所介護）事業所（以下「事業所」という。）が、私の日常生活動作（ADL）に関する評価を行うこと。
- ・ 事業所がその評価結果を伊丹市に提供すること。
- ・ 伊丹市が実施するアンケートに協力すること。
- ・ 伊丹市が、事業の実施や今後の高齢者施策及び介護保険事業の検討に必要な範囲内で、私に関する以下の情報を利用すること。

伊丹市が利用する情報

- ・ 事業所から提出を受けた日常生活動作（ADL）評価結果
- ・ 要介護・要支援認定に関する情報
- ・ 介護保険の給付に関する情報
- ・ 国民健康保険及び後期高齢者医療保険の給付に関する情報

(※) これらの情報は、個人が特定される形で公表されることはありません。

年 月 日

被保険者番号： 000

住 所： 伊丹市

氏 名：

(本人が自署しない場合は記名押印してください。)

事業所記入欄

(事業所名)

(説明者氏名)

(説明日)

年 月 日

(上記利用者の利用開始日)

年 月 日