

介護保険認定関係資料提供申請書

あきる野市長 殿

令和 年 月 日

申請者 (窓口に来た方)	事業所名								
	住 所								
	フリガナ	電話番号 - -							
	氏 名	印							

介護(介護予防)サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のため、次のとおり申請します。なお、提供を受けた資料の取扱いについては、裏面の遵守事項を守り、適正に管理することを約束します。

対象者	被保険者番号	0	0	0	0													生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住 所																		
	フリガナ																		
	氏 名																		
対象情報	※対象情報の複写は、庁舎内の有料複写機を使用してください。																		
	<input type="checkbox"/> 認定調査票																		
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書																		
	<input type="checkbox"/> 二次判定結果																		
申請理由	<input type="checkbox"/> 介護(介護予防)サービス計画の作成等のため																		
	<input type="checkbox"/> 介護(介護予防)サービス利用のため																		
	<input type="checkbox"/> その他()																		
備 考																			

[本人同意欄] 上記資料について、申請者に提供することに同意します。

(介護保険要介護認定・要支援認定申請書又は基本チェックリストに認定関係資料を提供する旨の同意署名がされている場合は、記入不要です。)

本人署名 _____
代筆者(_____)

処 理 欄			二次判定				
受 付	同 意	作成依頼確認					
	認定申請 本 申請	契約 届出	認定日(基本チェックリスト実施日) 年 月 日 要介護度等 要支援1 要支援2 事業対象者 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで				

遵守事項

次の事項に反した場合は、以後認定関係資料の提供が受けられなくなります。

- (1) 提供を受けた認定関係資料は、被保険者の介護（介護予防）サービス計画の作成等以外の目的に使用しないこと。
- (2) 提供を受けた認定関係資料は、被保険者の文書による同意を得ることなく、被保険者以外の者に知らせてはならない。
- (3) 提供を受けた居宅介護支援事業者等の職員又は職員であった者が、前2号の行為を行わないよう必要な措置を講じること。
- (4) 被保険者の同意を得ることなく、提供を受けた認定関係資料の複写又は複製をしないこと。
- (5) 提供を受けた認定関係資料は、厳重に管理し、紛失及び破損をしないよう適正な保管に努めること。
- (6) 被保険者との介護サービス等の提供に係る契約関係が終了した場合等において、提供を受けた認定関係資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該認定関係資料（複写又は複製をしたものを含む。）を責任を持って廃棄すること。
- (7) 提供を受けた認定関係資料について、被保険者又は市から提示、廃棄又は返還を求められたときは、速やかに応じること。