

介護認定情報提供申出書

平成 年 月 日

中央区福祉保健部介護保険課長 宛

以下の被保険者の要介護認定に係る資料の写しの提供を申し出ます。
 なお、提供された情報は、裏面記載の遵守事項を守り、適正に管理することを約します。

| | | | | | |
|------------------|-----------|--------|------------------------------------|----------------|----|
| 申 出 者 | 事業者名 | | | | |
| | 所在地 | | 〒 電話番号 | | |
| | 代表者職氏名 | | 職名 代表者印 | | |
| | 計画作成担当者氏名 | | 印 | | |
| 希 望 料 | 提供内容 | | 1 訪問調査内容 2 特記事項 3 主治医意見書 | | |
| | 提供方法 | | 1 郵送 2 窓口渡し 3 閲覧のみ | | |
| 被 保 険 者 | No. | 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 生年月日 | 備考 |
| | 1 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 2 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 3 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 4 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 5 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 6 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 7 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 8 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 9 | | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| 10 | | | 明・大・昭 年 月 日 | | |

- ※ 印は、必ず朱肉を使用する印鑑を使用願います。
- ※ 提供方法が郵送の場合、別途郵送料金分の切手が必要となります。
- ※ この様式を複写して使用する場合は、必ず裏面の遵守事項も複写し、両面としてください。
- ※ 上記項目に不備がある場合、資料の提供ができません。
- ※ 更新等申請中の資料の提供はできません。

区決裁欄

| | | | |
|----|--------|----|----|
| 課長 | 介護認定係長 | 係員 | 受付 |
| | | | |

遵 守 事 項

- 1 提供を受けた資料に係る被保険者（以下「本人」という。）の情報（以下「本人情報」という。）を本人の介護サービス計画、介護予防サービス計画、地域密着型サービス計画又は地域密着型介護予防サービス計画（以下「介護サービス計画等」という。）の作成以外の目的に使用してはならない。
- 2 本人情報は一切他に知らせ若しくは提供してはならない。
- 3 居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者及び介護保険施設の管理者は、申出者の職員その他の従業者、又は職員その他従業者であった者が、上記 1 及び 2 の事項を遵守するよう必要な措置を講じなければならない。
- 4 提供を受けた資料を介護サービス計画等の作成以外の目的で複写又は複製してはならない。
- 5 提供を受けた資料は厳格に管理し、紛失、破損しないよう適性な保管に努めるとともに、万一紛失、破損した場合は、速やかに区に連絡し、その指示に従わなければならない。
- 6 本人との介護サービス、介護予防サービス、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの提供にかかる契約関係が終了した場合、その他提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料（複写又は複製したものを含む。）を破棄しなければならない。
- 7 区から提供資料の提示又は返還を求められたときは、これに速やかに応じなければならない。

（注）上記の遵守事項に違反した場合は、原則として資料の提供が受けられなくなります。