



ケアプラン作成に係る介護保険情報提供申請書

宍粟市長 様

年 月 日

下記により要介護認定等資料の提供について申請します。なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で適正に管理することを誓約するとともに、違反した場合は、以後の情報提供が受けられなくなることを了承します。

情報提供対象者			
住 所			
被保険者番号	フリガナ		
	氏 名		
生 年 月 日	年 月 日		
情報提供資料			
<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			
情報提供申請者			
事業者番号	事業者の名称		
フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
申請者氏名			
住所・所在地	TEL		

遵守事項

- 1 提供を受けた要介護認定等資料をケアプラン作成のための参考資料としてのみ使用すること。この場合、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）で使用するために要介護認定等資料を複製したときは、会議終了後に責任を持って回収し、破棄すること。
- 2 要介護認定等資料は、第三者への提供を行わないこと（第1号に定める使用の場合を除く）。
- 3 要介護認定等資料の複製及び複製を行わないこと（第1号に定める場合及び市長が必要と認める場合を除く）。
- 4 要介護認定等資料を紛失しないように厳重に管理すること。
- 5 市長から要介護認定等資料の返還を求められたときは、速やかに返還すること。
- 6 必要がなくなった要介護認定等資料は、確実かつ速やかに廃棄すること。

同意書

私は、宍粟市が保有する要介護認定に関する情報について、申請者に提供することに同意します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (代筆者氏名)

(続柄) _____

申請者確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証（ ）	契約関係にあることの確認	
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成依頼届出（ <input type="checkbox"/> 提出済・ <input type="checkbox"/> 同時提出）	
	<input type="checkbox"/> 健康保険証（後期・国保・社保）	<input type="checkbox"/> 施設入所連絡票 <input type="checkbox"/> 契約書	
	<input type="checkbox"/> 介護保険証	申請者が当該事業所に属していることの確認	
本人同意の省 略	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 社員証・職員証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 第7条第6項第1号（申請書・居宅届） <input type="checkbox"/> 第7条第6項第2項（契約書等）	情報提供	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 理由

情報提供対象者			
住 所			
被 保 険 者 番 号		フリガナ	
		氏 名	
生 年 月 日	年 月 日		
情報提供資料			
<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			

情報提供対象者			
住 所			
被 保 険 者 番 号		フリガナ	
		氏 名	
生 年 月 日	年 月 日		
情報提供資料			
<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			

情報提供対象者			
住 所			
被 保 険 者 番 号		フリガナ	
		氏 名	
生 年 月 日	年 月 日		
情報提供資料			
<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			

情報提供対象者			
住 所			
被 保 険 者 番 号		フリガナ	
		氏 名	
生 年 月 日	年 月 日		
情報提供資料			
<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			

情報提供対象者			
住 所			
被 保 険 者 番 号		フリガナ	
		氏 名	
生 年 月 日	年 月 日		
情報提供資料			
<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			

情報提供対象者			
住 所			
被 保 険 者 番 号		フリガナ	
		氏 名	
生 年 月 日	年 月 日		
情報提供資料			
<input type="checkbox"/> 認定調査結果 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書			