

介護サービス計画等関係資料交付申請書

高梁市長 様

高梁市介護サービス計画等情報提供要綱に基づき、下記の被保険者の介護認定等に係る資料の提供を申請します。なお、資料の提供を受けた際は、個人情報の重要性を認識し、裏面の遵守事項を守り、資料を適正に管理・破棄することを誓約します。

		申請日	令和 2 年 4 月 1 日
申請者	氏名又は事業者・施設の名称	居宅介護支援事業所 ●● (代表者氏名) 高梁 太郎 (署名又は記名押印)	住所 (所在地) 〒716-8501 高梁市松原通2043
		(担当者氏名) 松山 花子	電話番号 0866-21-0299
本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(続柄:) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者) <input type="checkbox"/> 介護保険施設職員 <input type="checkbox"/> その他()		

	被保険者番号・氏名・生年月日		認定日(転入日)	請求する書類	保険者使用欄	
			利用目的		確認事項	交付日
1	番号	5211111111	令和2年4月5日	<input checked="" type="checkbox"/> 認定情報 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険認定調査票 (概況特記・特記事項) <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 主治医同意 <input type="checkbox"/> 契約(居宅届)	
	氏名	有漢 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日				
2	番号	5411111111	令和2年4月5日	<input checked="" type="checkbox"/> 認定情報 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険認定調査票 (概況特記・特記事項) <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 主治医同意 <input type="checkbox"/> 契約(居宅届)	
	氏名	成羽 二郎	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	生年月日	明・大・昭 15年 2月 1日				
3	番号	5421111111	令和2年4月5日	<input checked="" type="checkbox"/> 認定情報 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険認定調査票 (概況特記・特記事項) <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 主治医同意 <input type="checkbox"/> 契約(居宅届)	
	氏名	川上 花子	<input checked="" type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	生年月日	明・大・昭 20年 3月 1日				
4	番号		年 月 日	<input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> 介護保険認定調査票 (概況特記・特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書	<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 主治医同意 <input type="checkbox"/> 契約(居宅届)	
	氏名		<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日				

※太枠内を記入してください。

.....保険者使用欄.....

受付者確認 <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明 (事業所の場合は事業所の従業者と確認できる書類を含む) <input type="checkbox"/> サービス提供の契約締結を証する書類 ※居宅サービス計画作成依頼届出書等により代替できる場合有	備考	確認者印	受付印
---	----	------	-----

遵 守 事 項

- 1 本人の情報及び本人の親族の情報について、個人の権利利益の侵害を防止するとともに本人の基本的人権を尊重した上で慎重に取り扱うこと。
- 2 提供を受けた情報は、介護サービス計画等の作成以外の目的に利用しないこと。
- 3 交付を受けた資料に記載されている個人情報について、第三者に知らせ、又は提供しないこと。
- 4 本人の同意を得ることなく、交付を受けた資料を複写又は複製しないこと。
- 5 交付を受けた資料を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めるとともに、交付を受けた資料を紛失又は破損した場合は、直ちに市長に連絡し、その指示に従うこと。
- 6 本人との介護サービスの提供に係る契約関係が終了した場合又は交付を受けた資料を所持する必要がなくなった場合には、速やかに当該資料(複写又は複製したものを含む。)を責任をもって確実に破棄すること。
- 7 市長から交付を受けた資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときには、いつでもこれに応じること。
- 8 前各号に定めるもののほか、当該情報の提供により知り得た情報を他に漏らさないこと。その職を退いた後も同様とする。

※上記の遵守事項に違反した場合は、それ以後の情報の提供が受けられなくなる場合があります。