

【表】 介護認定資料の情報提供申出書 (5名まで記載できます。)

年 月 日

(あて先) 流山市長

介護サービス計画等を作成するため、下記の被保険者の要介護(要支援)認定に係る(□資料の閲覧・□資料の写しの交付)を求めます。なお、資料の情報提供にあたっては、下記の「情報提供を受けた者の責務」を堅く守ることを誓約します。

情報提供を受けた者の責務

- 1 情報提供を正当な目的以外に使用しないこと。
- 2 情報を本人に同意を得ることなく本人以外の者に知らせ、利用させ又は提供しないこと。
- 3 情報提供を受けた者の従業員又は従業員であった者が、前記1及び2の行為を行わないように必要な措置を講ずること。
- 4 情報の漏洩、滅失、改ざん及び毀損の防止その他情報の適切な管理のために必要な措置を講ずること。
- 5 情報を保有する必要が無くなったときは、シュレッダーの利用など情報が漏洩しない方法により、速やかに当該情報を破棄すること。

情報提供申出者	事業者等	名称 所在地 代表者職・氏名 電話番号
	被保険者との関係	□指定居宅介護支援事業者 □指定居宅サービス事業者 □指定地域密着型サービス事業者 □介護保険施設 □その他施設(特定施設、グループホームなど) 該当するものに☑を付してください
	情報提供申出者の氏名	

被保険者	被保険者番号		予約連絡票送信日	(/)
	氏名			生年月日 明・大・昭 年 月 日
	住所			
	提供を求める情報	□ 主治医意見書 □ 認定調査票 該当するものに☑を付してください		

被保険者	被保険者番号		予約連絡票送信日	(/)
	氏名			生年月日 明・大・昭 年 月 日
	住所			
	提供を求める情報	□ 主治医意見書 □ 認定調査票 該当するものに☑を付してください		

取扱者

介護支援課記入⇒

【裏】

被 保 険 者	被保険者番号														予約連絡票送信日	(/)
	氏名											生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	住所															
	提供を求める情報	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定調査票 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付してください														

被 保 険 者	被保険者番号														予約連絡票送信日	(/)
	氏名											生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	住所															
	提供を求める情報	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定調査票 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付してください														

被 保 険 者	被保険者番号														予約連絡票送信日	(/)
	氏名											生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	住所															
	提供を求める情報	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定調査票 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付してください														

備考

- 1 介護度が要支援1、2の方の認定情報については、原則として対象者の住所地を担当する地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）へご相談ください。
- 2 「予約連絡票送信日」欄は、当該被保険者についてこの申出書の提出前に『介護認定資料の情報提供に係る予約連絡票』をFAX送信済みであるかどうかを確認するものです。なお、郵送で介護認定資料の情報提供を求める場合は、事前に『介護認定資料の情報提供に係る予約連絡票』をFAXする必要はありません。
- 3 被保険者との関係を確認させていただくため、被保険者と契約を締結し、又は締結することを予定している事業者又は施設であることを証する書類の提示を求める場合があります。
- 4 指定居宅介護支援事業者の場合、『居宅介護（予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書』を介護支援課に既に提出しているときは、3の書類の提示は必要ありません。
- 5 情報提供申出者（窓口に来られた方）の身分証明書（従業員証、運転免許証など）の提示をお願いする場合があります。

～問い合わせ：介護支援課介護認定係（04-7150-6531）～