**介護サービス計画作成に係る要介護認定関係資料提供申請書**

令和　　年　　月　　日

河　内　町　長　様

　下記の被保険者についての資料（写し）の提供を申し出るとともに、別記の事項を遵守いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所・施設の所在地 | 〒　　　　－ |
| 事業所・施設の名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事業所・施設の電話番号 | 　　　　　（　　　　）　　　　　　　（内線　　　　） |
| 事業所・施設のFAX番号 | 　　　　　（　　　　） |
| 介護支援専門員の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 介護支援専門員資格番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 介護支援専門員の個人番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　（　　　　） |
| 提供申出資料（当該項目の数字を○で囲む）１　要介護認定訪問調査票　　　　　　２　主治医の意見書 |

遵　守　事　項

１　私は、提供を受けた要介護認定情報を本人のサービス計画作成以外には使用しません。

２　私は、本人の文書による同意を得ることなく、提供を受けた要介護認定情報を本人以外の者に知らせません。

３　私は、河内町の同意を得ることなく、提供を受けた要介護認定情報を本人に提供しません。

４　私は、提供を受けた要介護認定情報を厳重に管理し紛失・破損しないよう適正な保管に努めるとともに、紛失・破損した場合は直ちに河内町に連絡し、その指示に従い善処します。

５　私は、提供を受けた要介護認定情報を所有する必要がなくなったときは、速やかに当該情報を適正に破棄します。

（別紙）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　（　　　　） |
| 提供申出資料（当該項目の数字を○で囲む）１　要介護認定訪問調査票　　　　　　２　主治医の意見書 |
| 対　　象　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　（　　　　） |
| 提供申出資料（当該項目の数字を○で囲む）１　要介護認定訪問調査票　　　　　　２　主治医の意見書 |
| 対　　象　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　（　　　　） |
| 提供申出資料（当該項目の数字を○で囲む）１　要介護認定訪問調査票　　　　　　２　主治医の意見書 |
| 対　　象　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 住　　所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　（　　　　） |
| 提供申出資料（当該項目の数字を○で囲む）１　要介護認定訪問調査票　　　　　　２　主治医の意見書 |