

要介護認定等に係る情報提供申込書

つくば市長 宛て

令和 年 月 日

次のとおり要介護認定等に係る情報の提供について申し込みます。
 なお、情報の提供を受けた際は、下記の事項を遵守します。

申 込 者	事業者・施設 名称		本人 との 関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	住所等	〒 電話番号（ - - ）		<input type="checkbox"/> 介護保険施設
	氏名			<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他
提供資料	<input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 結果通知書			

情報提供対象者は、裏面に記載してください。

遵守事項（注）違反した場合、今後の資料の提供が受けられなくなる場合があります。

- 私は、提供を受けた資料に係る本人の情報（以下「本人情報」という。）又は本人の親族の情報（以下「親族情報」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、介護予防ケアマネジメント（以下「介護サービス計画等」という。）の作成等以外の目的には使用しません。
- 私は、本人の文書による同意を得ることなく本人情報を本人以外の者に知らせ、若しくは提供し、又は親族の文書による同意を得ることなく親族情報を当該親族以外の者に知らせ、若しくは提供しません。
- 私は、私の職員又は職員であった者が、上記の1及び2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
- 私は、本人の同意を得ることなく、提供を受けた資料を本人の介護サービス計画等の作成等以外の目的で複写又は複製しません。
- 私は、提供を受けた資料を厳重に管理することとし、紛失及び破損その他の事故を防止するために必要な措置を講じます。
- 私は、本人と居宅介護支援、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント、施設サービス、認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護又は訪問介護の提供に係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。）を本人に提出し又は責任を持って廃棄します。
- 私は、本人又はつくば市から、提供を受けた資料の提示、提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

つくば市記入欄

申込者確認書類		契約関係確認書類	対応者
本人確認書類	在職確認書類		
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書 <input type="checkbox"/> 給付実績（施設） <input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
受付方法		交付方法	交付日
<input type="checkbox"/> 窓口受付 <input type="checkbox"/> 郵便受付		<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵便交付	／

受付印

介護認定等に係る情報提供申込書

1	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
2	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
3	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
4	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
5	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
6	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
7	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
8	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
9	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	
10	対象者	氏名	明・大・昭 年 月 日生	備考
	住所	TEL ()	被保険者番号	