

様式(第4条関係)

介護長寿課への提出日

要介護認定等情報外部提供申請書

名護市長 殿

年 月 日

介護サービス計画を作成するに当たり必要があるため、下記の誓約事項を遵守の上、被保険者の介護認定等関係資料の開示を請求します。

	事業者名 施設名	事業所名		
	所在地	〒000-0000 名護市〇〇〇〇番地 電話番号 0000(00)0000		
請求者	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援又は居宅サービスの提供に係る契約を締結している事業者 <input type="checkbox"/> 施設サービスの提供に係る契約を締結している事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援又は介護予防サービスの提供に係る契約を締結している事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントの提供に係る契約を締結している地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの提供に係る契約を締結している事業者 <input type="checkbox"/> その他、市長が適当と認めた者 ( )			
被保険者	被保険者番号	0000000000	性別	男・女
	氏名	名護 長寿	生年月日	昭和△年 ○月 ○日
	住所	〒000-0000 名護市〇〇〇〇番地 電話番号 0000(00)0000		
請求内容	令和×年 ×月 ×日付認定に係る下記資料			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護認定審査会資料 <input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査・特記事項)		<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険主治医意見書 (※主治医の同意がなければ提供できません。)	
請求者が代理人の場合は、記入してください。 請求内容を選択し、 <input type="checkbox"/> 内にレ点のチェック				
令和○年 ○月 ○日		本人署名 名護 長寿		

誓約事項

提供を受けた情報については、(1)秘密を保持します。(2)介護サービス計画作成以外の目的には使用しません。(3)被保険者等の同意を得ることなく第三者へは提供しません。(4)複製及び複製の作成をしません。(5)利用終了後は適切に破棄します。(6)事故発生時は速やかに報告します。(7)本人又は名護市に損害を与えた場合は賠償します。

市確認欄

受付担当者( )

本人同意	<input type="checkbox"/> 本人同意欄の記入	資料提供
本人との契約の確認	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書	<input type="checkbox"/> 即時交付 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書	<input type="checkbox"/> 外部提供審査
	<input type="checkbox"/> 介護施設等入所に係る契約書	
	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 取り下げ 年 月 日
申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 事業者・施設の従業員証	
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証	
	<input type="checkbox"/> その他( )	