

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あ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。

請求者	事業者名 施設名 (代表者印)			
	所在地	〒	電話番号	
請求者	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護事業者		
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者		
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者		
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業者		
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業者	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設		
	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護事業者			
	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者から委託された居宅介護支援事業者			
被保険者	被保険者番号		性別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒	電話番号	
請求内容	年 月 日付認定に係る下記資料			
	<input type="checkbox"/> 認定情報	<input 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。)		
	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項)			

<本人同意欄> 請求者が代理人の場合は、記入してください。

私は、名護市が保有する私の上記情報について、上記の請求者に提供することに同意します。 年 月 日 本人署名 _____
--

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)複写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()	
申請者の 本人確認	<input type="checkbox"/> 事業者・施設の従業員証	<input type="checkbox"/> 取り下げ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証	
	<input type="checkbox"/> その他()	