

要介護認定等の資料提供に係る申請書兼同意書兼誓約書

小川町長 宛て 年 月 日

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるよう、下記により申請します。なお資料、の提供を受けた際は、個人情報の重要性を認識し、下記の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理・処分することを誓約します。

申請者	申請者氏名	被保険者(対象者)	被保険者氏名
	申請者区分(被保険者との関係) 本人・介護者(続柄:)・契約事業者		被保険者番号
	事業所・施設名(事業者番号:)		住所 小川町
	代表者又は管理者名 印		提供資料 [年 月 日申請] <input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書
	申請者住所		
電話番号 ()	[本人同意欄]		
使用目的 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成のため <input type="checkbox"/> 介護保険施設等入所申込書添付のため 【施設名】 特別養護老人ホーム	※居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者・介護保険施設等(下記<注>)に対して、介護保険要介護・要支援認定申請書において、本人同意あり、かつ、契約を確認できる場合は不要。 私は、小川町が保有する上記資料について、申請者に提供することに同意します。		
【申込年月日】 年 月 日	本人署名		
(申請者の遵守事項)	代筆者住所		
(1)事業者等は、提供資料を介護保険サービス提供のための参考資料としてのみ使用すること。 この場合に、サービス担当者会議(ケアカンファレンス)で使用するために提供資料を複写したときは、会議終了後責任をもって回収し、廃棄すること。	代筆者署名 (続柄:)		
(2)提供資料に記載されている個人情報について、第三者への提供を行わないこと。 (第1号に定める使用の場合は除く。)	(注)「介護保険施設等」とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設及び以下のサービス事業所のことです。 特定施設入居者生活介護・介護予防特定入居者生活介護・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・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 地域密着型特定入居者生活介護・看護小規模多機能型居宅介護		
(3)提供資料の複写及び複製を行わないこと。(第1号における複写の場合は除く。)			
(4)提供資料を紛失しないように厳重に管理すること。			
(5)町長から提供資料の返還を求められたときは、速やかに返還すること。			
(6)必要がなくなった提供資料は、確実かつ速やかに廃棄すること。			
【注意】上記の遵守事項に違反した場合は、以後の資料提供が受けられなくなります。			

以下、小川町記入欄

1. 申請方法 窓口申請 → 書類(1)(2)を確認
 本人住民票上の住所地以外へ郵送 → 書類(1)(2)を確認
 本人住民票上の住所地へ郵送 → 書類(1)を確認
2. 確認書類(窓口申請の場合は原本の提示、郵送の場合は写しの提出 ※郵送の場合は、郵送先住所が確認できる書類が必要です。)

申請者	書類(1)(本人との関係の確認)	書類(2)(申請者の確認)
本人	<input type="checkbox"/> (不要)	<input type="checkbox"/> 運転免許証
介護者	<input type="checkbox"/> 本人の結果通知書等	<input type="checkbox"/> その他の公的な顔写真付きの証明書 ()
	<input type="checkbox"/> 本人の介護被保険者証	<input type="checkbox"/> 顔写真付きの証明書がない場合の確認書類(2点以上) ①() ②()
事業者	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成依頼届出書提出済	
	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成依頼届出書(同時提出)	
	<input type="checkbox"/> サービス提供契約書	
	<input type="checkbox"/> その他()	

3. 提供等

- 申請どおり 本人同意なし → 提供せず
 主治医同意なし → 意見書以外を提供 提供対象事業者でない → 提供せず
 その他()