様式第１号(第４条関係）

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 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　　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） | | 被保険者番号 | | | | |
| 本人・介護者（続柄：　　　　　　　　）・契約事業者 | |
| 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 | |  | | | | |
| 申請者住所 | | 提供資料　［　　　　　　　年　　　　月　　　　日申請　〕 | | | | |
|  | | □　　認定調査票　　　　□　主治医意見書 | | | | |
| 電話番号　　　　　　　　（　　　　　） | | [本人同意欄] | | | | | | |
| 使用目的 | | | ※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 | | | | | | |
| □　ケアプラン作成のため | | | (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、 | | | | | | |
| □　介護保険施設等入所申込書添付のため | | | 本人同意あり、かつ、契約を確認できる場合は不要。 | | | | | | |
| 【施設名】　　特別養護老人ホーム | | | **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） | | |  | | | | | | |
| （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 | | | 代筆者住所 | | | | | | |
| ときは、会議終了後責任をもって回収し、廃棄すること。 | | |  | | | | | | |
| （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。） | | | 代筆者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　） | | | | | | |
| （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。） | | | 〈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、 | | | | | | |
| （4）提供資料を紛失しないように厳重に管理すること。 | | | 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。 | | | | | | |
| （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。 | | | 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 | | | | | | |
| （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。 | | | 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 | | | | | | |
| 《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。 | | | 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 | | | | | | |
| 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 | | □　（不要） | | □ | | | 運転免許証 | | |
|  | | □　本人の結果通知書等 | | □ | | | その他の公的な顔写真付きの証明書 | | |
| 介護者 | | □　本人の介護被保険者証 | |  | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | | | 顔写真付きの証明書がない場合の確認書類（２点以上） | | |
|  | |  | |  | | | ①（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
|  | | □　ケアプラン作成依頼届出書提出済 | |  | | | ②（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 事業者 | | □　ケアプラン作成依頼届出書（同時提出） | |  | | |  | | |
|  | | □　サービス提供契約書 | | 〈事業者で、申請者が本人と契約している事業所に所属していることを確認した書類〉 | | | | | |
|  | | □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □ | | | | 従業員証 | |
|  | |  | | □ | | | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　）※名刺のみは不可 | |
| ３．提供等 | | | | □ | | | | 本人同意なし　　　　　　　→　提供せず | |
|  | | □　申請どおり | | □ | | | | 提供対象事業者でない　→　提供せず | |
|  | | □　主治医同意なし →　意見書以外を提供 | | □ | | | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |