

要介護認定等の情報提供請求書

R6.12.4 改定

年 月 日

(あて先)寝屋川市長

私は、介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する情報の提供について、下記のとおり請求します。なお、情報の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で情報を適正に管理することを約束します。

請求者	氏名		被と保の 険関 者係	<input type="checkbox"/> 本人
	事業者名			<input type="checkbox"/> 親族等(続柄)
	住所 (所在地)			<input type="checkbox"/> 契約事業者(予定を含む)
				<input type="checkbox"/> その他()
TEL			-	

被保険者	氏名		被保険者番号	0000
	生年月日	明治・大正 昭和	年 月 日	性別
	住所			男 ・ 女
TEL			-	

提供内容	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 入所申込用認定調査票写し(基本調査のみ) <input type="checkbox"/> 介護認定審査会による判定結果及び意見 ※原則、いずれも申請日時点で最新の情報を提供いたします。
------	---

本人同意欄
私は、寝屋川市が保有する上記情報について、請求者に提供することに同意します。
本人署名

*可能な限り本人同意を示す自署を得てください。本人の心身の状況により自署が得られない場合は、親族等が代筆することが可能です。

〔遵守事項〕

1. 提供を受けた情報(以下「提供情報」という。)を本人の介護サービス計画の作成及び良質な介護サービスの提供以外の目的に使用しないこと。
2. 提供情報を本人及びその親族等の文書による同意を得ることなく、本人及びその親族以外の者に知らせ、または提供しないこと。
3. 情報の写しの交付を受けた場合は、本人及びその親族等の同意を得ることなく必要以上に当該情報を複製しないこと。
4. 本人と契約関係が終了したとき、または情報の写しを所持する必要がなくなったときは、責任を持って廃棄すること。
5. 本人、その親族等または本市から情報の使用状況の報告または返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。
6. 主治医意見書を本人に開示する場合については、事前に主治医の同意を得ること。

(注)上記の遵守事項に違反した場合は、今後の情報提供が受けられなくなります。

受取者署名欄 ()

受付者署名欄 ()

事務使用欄		
本人同意確認	<input type="checkbox"/> 情報提供請求書本人同意欄	<input type="checkbox"/> 認定申請書同意欄
本人との関係確認	<input type="checkbox"/> 情報提供請求書本人同意欄	<input type="checkbox"/> 介護サービス提供に係る契約書(写)
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成届け	<input type="checkbox"/> 本人の介護保険証(親族等の場合)
	<input type="checkbox"/> 給付実績照会	<input type="checkbox"/> その他()
請求者確認	<input type="checkbox"/> 事業者・施設の従事者証(名刺は不可。提示がない場合は電話で事業者を確認を行う。)	
	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 請求者の介護保険証
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他()

※郵送申請の場合は返信用封筒(最低110円切手が必要)を同封してください。切手料金不足の場合は返送できないことがあります。また、申請者を証する書類(居宅介護支援事業者の場合は従事者証)の写しを同封してください。