

要介護認定等関係資料提供申請書（事業者用）

令和 年 月 日

春日部市長 あて

申請者	事業者名	カスカベ居宅介護支援事業所	本人との関係	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	担当者氏名	春日部 市郎		<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	所在地	〒 344-8577 春日部市中央7丁目2番地1 電話番号 048 (736) 1111		

下記の被保険者の要介護認定等に関する資料を提供されるよう申請します。
なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、適正に管理することを誓約します。

被保険者	被保険者番号	123456	フリガナ	カスカベ ハナコ 春日部 花子
	生年月日	昭和10年 3月 3日	氏名	
	住所	春日部市中央●-●-●		

必要資料	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査票 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 (主治医の同意がある場合に限りです。) <input type="checkbox"/> 認定結果情報	備考	
------	---	----	--

認定結果情報 (市記入欄)	認定結果	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()
	認定日	令和 年 月 日
	有効期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

【遵守事項】

- 関係資料は、介護（予防）サービス計画作成以外の目的には使用しないこと。サービス担当者会議で使用するために関係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。
- 関係資料の複写及び複製を行わないこと。（第1号に定める複写の場合を除く。）
- 関係資料の記載情報について、被保険者本人（以下「本人」という。）の同意を得ることなく、本人以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
- 主治医意見書の記載情報について、事前に主治医に確認することなく、本人に知らせ又は提供しないこと。
- 関係資料を紛失、破損しないよう厳重に管理すること。
- 必要がなくなった関係資料は、確実かつ速やかに廃棄すること。
- 市長から関係資料の返還を求められたときは、速やかに返還すること。

※上記遵守事項に違反した場合は、関係資料の提供を中止し、申請書の提出を中止する。
※申請時及び受領時は、来所または郵送による。
※郵送の場合は、本人確認が完了した後に郵送する。
※関係資料は最新のものを用いること。

**受領後、「受領日」「事業所名」「担当者氏名」
をご記入ください。**

当該要介護認定等関係資料について、確認の上受領しました。

受領日	年 月 日	事業所名	氏名
-----	-------	------	----

担当	市確認欄	CM・免・マ・社・保	備考
----	------	------------	----