

様式第2号(第5条関係) **居宅介護支援事業所等 記入例**

要介護認定等に係る情報提供請求書 (事業者等用)

必ず記載 日付を二重線で消さない

〇年〇月〇日

四国中央市長 様

住所 四国中央市三島宮川 4-6-55

事業所名 居宅介護支援事業所 四国

代表者氏名 管理者 四国 一郎 (署名または押印)

電話番号 0896-28-1111

介護保険の被保険者に係る要介護認定等に係る情報について、次のとおり提供されるよう請求します。なお、情報の提供を受けた際は、次の遵守事項を守ることを約します。

【既に被保険者の同意を得ている場合】

被保険者の氏名等	別紙 認定情報提供等対象者名簿のとおり
利用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

【上記以外の場合】(要介護・要支援認定申請書にて同意を得ている場合は記入の必要はありません)

被保険者の氏名等	
提供を受けようとする情報	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用目的	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画等の作成 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設等の入所判定
提供の方法	<input type="checkbox"/> 写しの交付 <input type="checkbox"/> 閲覧

私は、四国中央市が保有する私の上記資料について、請求者に提供することに同意します。

本人同意欄	氏名	代筆者	氏名 本人との関係 ()
-------	----	-----	------------------

遵守事項

- 1 提供を受けた情報は、厳重に管理し、紛失し、改ざんし、及び破損しないよう適正に保管すること。
- 2 提供を受けた情報は、本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせたり、又は提供したりすることのないよう必要な措置を講ずること。
- 3 提供を受けた情報は、利用目的以外の目的では使用しないこと。また、サービス担当者会議及び入所判定会議で使用するために複写し、又は複製したときは、会議終了後回収の上、破棄すること。
- 4 提供を受けた情報を保有する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに破棄すること。
- 5 市から提供を受けた情報の提示又は返還を求められたときは、速やかにこれに応じること。

処理欄	請求者確認	情報提供年月日	受付印
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 交付 (〇/〇) <input type="checkbox"/> 発送 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 日付印

別紙

認定情報提供等対象者名簿

No.	被保険者 氏名	被保険者番号										生年月日	認定 調査票	主治医 意見書	その他	
1	〇〇 〇〇	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	S2.1.1	○	○	
2	〇〇 〇〇	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	S2.1.2	○	○	
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																