様式第2号(第4条関係)

(事業者用)

要介護認定等に係る情報提供申請書

年　　月　　日

　琴平町長　様

　私は、次により琴平町が保有する要介護認定等に係る情報について、琴平町介護保険の要介護認定等に係る情報提供に関する要綱に基づき申請します。

　なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守ることを約束します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 事業者(施設)の所在地及び名称 | 〒　　　―　　　　　　　　　　　　℡(　　　　)　　　　― | |
| 氏名及び役職 |  | □　介護支援専門員  　□　その他　(　　　　　　　　　) |
| 本人との関係 | □　居宅介護支援事業者　　□　地域包括支援センター　　□　介護保険施設  □　居宅サービス事業者　　□　地域密着型サービス事業者 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請内容 | 提供資料 | □　一次判定結果  □　認定調査票(特記事項)  □　主治医意見書 |
| 提供方法 | □　閲覧　□　写しの交付　□　写しの郵送 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 氏名 | (フリガナ) | | | | | | | | | | | □明治　　□大正　　□昭和  　　　　年　　月　　日生れ | |
|  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　―　　　　　　　　　　　　　　℡(　　　　)　　　― | | | | | | | | | | | | |

※福祉課記入欄(以下は記入しないで下さい。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | | | 年　　　月　　　日 | | 受付番号 | 第　　　　号 | |
| 確認欄 |  | |  | □　身分証明書　　□　その他(　　　　　　　　　　　) | | | |
| 申請者 | | サービス計画作成届 | □　あり　　□　なし　　□　予定 | | | |
|  | | 入所施設 | □　ある　　□　ない　　□　予定 | | | |
| 要介護等認定申請書の本人同意 | | | □　あり　　□　なし | | | 交付確認欄 |
| 主治医意見書の同意 | | | □　する　　□　しない | | |  |
| 判定 | | 情報提供　(　□　可　□　一部可　□　不可　) | | | | |

(裏面)

　【遵守事項】

|  |
| --- |
| ■私は、提供を受けた資料の取扱いについて、次の事項を遵守することを約束します。  1　情報提供された資料に係る情報を本人の介護サービス計画作成以外の目的に使用してはならない。  2　情報提供された資料より知り得た情報を他の者に漏らしてはならない。  3　情報提供された資料をサービス担当者会議等において用いる場合は、予め本人の同意を文書により得ておかなければならない。  4　情報提供を受けた居宅介護支援事業者等は、自らの職員又は職員であった者が、第1号の行為を遵守するよう必要な措置を講じなければならない。  5　交付された写しは厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めなければならない。また、万一交付された写しを紛失又は破損した場合は、直ちに琴平町に連絡し、その指示に従わなければならない。  6　交付された写しの提示又は提出若しくは返還を求められたときは、いつでもこれに応じなければならない。 |

　【注意事項】

|  |
| --- |
| 1　情報提供申請者は、申請時に居宅介護支援事業者等又はその職員であることを証する書類  の提示をお願いします。  　2　主治医意見書の写しの閲覧又は交付については、本人及び主治医の同意を必要とします。  　3　当該資料の写しの部数は、同一の申請者につき1部に限ります。  　4　上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料提供が受けられなくなる場合があります。  　5　資料の写しの交付を郵送で希望する場合は、郵送に必要な金額の郵便切手を、申請書提出  時に添付していただきます。 |