

介護サービス計画情報提供請求書

年 月 日

瀬戸内市長 様

次のとおり、瀬戸内市介護サービス計画情報提供要綱第6条の規定により請求します。  
 なお、情報の提供を受けた際は、誓約文を遵守し、私の責任で適正に管理いたします。

請求者	事業者の所在地 (電話番号)	〒	被 保 険 者 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者
	事業者・施設 名 称			<input type="checkbox"/> 介護保険施設(特養・老健)
	請求者氏名 (窓口に来た人)			<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者 <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> その他( )

被 保 険 者	住 所	〒			性 別	男 ・ 女
	被保険者番号	0   0   0   0				
	フリガナ		生年月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和		
	氏 名			年 月 日		
請求情報	年 月 日認定に係る次の書類の写し <input type="checkbox"/> 認定審査判定結果 <input type="checkbox"/> 認定調査票(特記事項を含む) <input type="checkbox"/> 主治医意見書					
居宅サービス計画等 作成依頼届出の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( 年 月 日締結予定)					
添付書類チェック 欄 (施設のみ)	<input type="checkbox"/> 入所(居)契約書(写し) ※ <input type="checkbox"/> 入所(居)申込書					

※被保険者と請求者が契約していることがわかる書類を提出してください。

< 誓 約 文 >

- (1) 瀬戸内市介護サービス計画情報提供要綱に基づき、提供を受けた情報は、介護サービス計画の作成等以外の目的に利用しません。
- (2) 提供を受けた情報は、個人のプライバシーに関する情報であることを十分認識し、その管理には、細心の注意を払います。
- (3) 第5条第4号から第7号までに該当する情報受領者については、サービス担当者会議の場で居宅サービス事業者へ情報を提示した場合は、会議終了後回収します。
- (4) 提供を受けた情報は、当該事業者で管理し、他の事業者へ写しを提供しません。
- (5) 本人又は市から提供した資料の提示又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

<請求者署名>

\_\_\_\_\_