

別記様式(第6条関係)

その1

要介護等認定関係資料提供依頼書

年 月 日

新城市長

(依頼人)

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

[ 法人その他の団体にあつては、その所在地、名称及び代表者の氏名 ]

新城市の要介護者等に係る介護（予防）サービス計画作成等に必要な要介護等認定関係資料の提供に関する要綱第6条の規定により、次のとおり資料の提供を依頼します。

要 介 護 者 等	フリガナ		被保険者番号
	氏 名		.....
	生年月日	M・T・S 年 月 日生	
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	住 所		
	電 話 番 号	( ) -	
依 頼 者 の 区 分	<input type="checkbox"/> 当該要介護者等に係る指定居宅介護支援事業所及び指定介護予防支援事業所 <input type="checkbox"/> 当該要介護者等が入所又は入院の申込みをした介護保険施設 <input type="checkbox"/> 当該要介護者等に介護（予防）サービスを提供する指定居宅（介護予防）サービス事業者 <input type="checkbox"/> 当該要介護者等又はその家族		
提 供 の 依 頼 を する 資 料	<input type="checkbox"/> 認定調査票(概況調査、基本調査、特記事項) <input type="checkbox"/> 主治医意見書(指定医が作成した意見書を含む。以下同じ。)		
利 用 目 的	<input type="checkbox"/> 介護（予防）サービス計画の作成のため <input type="checkbox"/> 介護保険施設のサービス利用のため <input type="checkbox"/> 在宅サービス利用のため		
希 望 する 提 供 の 方 法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 視聴 <input type="checkbox"/> 写しの交付( <input type="checkbox"/> 郵送を希望する。)		
担 当 介 護 支 援 専 門 員 の 氏 名			
依 頼 書 を 持 参 した 者 の 氏 名			
写 し の 交 付 を 受 領 した 者 署 名	※(受領時署名)		

- 注 1 □のある欄には、□内にレ印を記入してください。  
 2 この依頼書を持参する者は、身分を証する書面及び依頼人に所属することを証する書面等を提示しなければならない。  
 3 郵送を希望する者は、郵送に必要な封筒及び郵便切手を提出すること。

#### 【遵守事項】

- 1 要介護等認定を受けた被保険者の依頼に基づき当該被保険者のために居宅介護支援(介護予防支援)を行う者にあつては、当該被保険者の居宅介護支援(介護予防支援)に係る業務のほかに使用しないこと。
- 2 要介護等認定を受けた被保険者のために居宅(介護予防)サービス等を提供する者にあつては、当該被保険者の居宅(介護予防)サービス等に係る業務のほかに使用しないこと。
- 3 要介護等認定を受けた被保険者が入院・入所する介護保険施設にあつては、当該被保険者の施設介護サービスに係る業務のほかに使用しないこと。
- 4 この申請により得た資料は、担当介護支援専門員等が厳重に管理するとともに、当該申請に係る被保険者の同意を得ることなく、当該被保険者以外の者に提供しないこと。
- 5 要介護等認定を受けた被保険者の依頼に基づき当該被保険者のために居宅介護支援(介護予防支援)を行う者にあつては、当該要介護等認定の有効期間が終了した場合その他提供を受けた資料が不要になったときは、速やかに当該資料を当該被保険者に提出するか又は破棄すること。
- 6 この申請により得た資料は、当該申請に係る被保険者又は新城市から提供資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、これに応じること。

その3

同 意 書

年 月 日

新城市長

被保険者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、介護保険における私の介護（予防）サービス計画(ケアプラン)を作成するために必要  
があるとき及び私のために提供される介護（予防）サービスに必要があるときは、要介護認定・  
要支援認定に係る調査票及び主治医意見書を下記のものに提供することに同意します。

住 所  
(事業所所在地)

氏 名  
(法人名及び代表者名)