

(様式第2号)

要介護認定等関係資料交付請求書

申請日： 年 月 日

上板町長 殿

下記の被保険者の介護保険要介護認定等に係る資料の交付について請求します。

なお、これにより知り得た情報については、介護保険サービスに係る計画作成等の目的外では利用しないこと及び個人情報であることに留意し、要綱第8条の遵守事項に沿って適正に扱うことを誓約します。

請 求 者	事業所所在地	TEL	
	事業所名称		
	請求者氏名		
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所 <input type="checkbox"/> グループホーム

被 保 険 者	交付を希望する	氏名 ①	被保険者番号	40500
		認定期間	. . . ~ . . .	
		請求資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 審査会資料 <input type="checkbox"/> 主訴その他の審査判定に用いた資料	
被 保 険 者	交付を希望する	氏名 ②	被保険者番号	40500
		認定期間	. . . ~ . . .	
		請求資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 審査会資料 <input type="checkbox"/> 主訴その他の審査判定に用いた資料	

※ 上記太枠内をご記入ください。

※ 資料作成費としてコピー1枚(片面)につき10円をご負担いただきます。

上記の資料を受領しました。

年 月 日

請求者署名

(裏面)

郵送による資料の写しの交付を希望する場合、以下の書類を提出してください。

<input type="checkbox"/>	サービス提供契約書等の被保険者本人との関係性を確認できる書類の写し
<input type="checkbox"/>	介護支援専門員証の写し
<input type="checkbox"/>	事業所発行の身分証明書の写し (名刺、名札でも可)
<input type="checkbox"/>	簡易書留郵便料金分の切手を貼り、請求者が所属する事業所に送付するための宛先・宛名を記載した封筒
<input type="checkbox"/>	コピー料金相当分の定額小為替 ※郵便局で購入できます。 (請求資料すべてチェックの場合、一人あたり50円)

(遵守事項)

- 1 私は、提供を受けた資料等に記載された情報を、被保険者の介護保険サービスに係る計画作成等、介護保険事業の適切な運営以外の目的には使用しません。
- 2 私は、個人情報の重要性を認識し、資料等で知り得た個人情報(被保険者及びその家族を含む)を外部に漏らしません。
- 3 私は、交付された資料等の写しの複写等を行いません。また、漏えい、改ざん、紛失又は破損しないよう、適正かつ厳重に管理します。
万一、この写しを漏えい、改ざん、紛失又は破損した場合に生ずるすべての損害は、私が所属する事業所が負います。
- 4 私は、交付された資料等の写しを保有する必要がなくなったときは、確実に、かつ速やかにこれを破棄します。
- 5 私は、交付された資料等の写しを紛失、又は破損したとき、又は個人情報が流出したときは、直ちに上板町に報告し、その指示に従います。
- 6 私は、上板町から交付された資料等の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ます。

(注意) 上記の遵守事項に違反した場合、請求者本人及び請求者が所属する事業所に対して、上板町は、今後、資料提供を行いません。

※保険者記載欄

	同意区分		情報提供				作成費
	①	本人	有・無	認定調査票	可・不可	審査会資料	可・不可
	主治医	有・無	主治医意見書	可・不可	主訴等	可・不可	領収者
②	本人	有・無	認定調査票	可・不可	審査会資料	可・不可	10円× 枚
	主治医	有・無	主治医意見書	可・不可	主訴等	可・不可	領収者