

居宅サービス計画等にかかる介護保険認定情報の提供申請書

令和 年 月 日

西東京市長 宛

(〒 -)

請求者 住 所

事業者

代表者

担当者

電話番号 ()

裏面の事項に同意します。

請求内容	認定年月日 平成・令和 年 月 日 請求資料 <input type="checkbox"/> 審査会資料（認定調査） <input type="checkbox"/> 審査会資料（主治医意見書） 受取方法 <input type="checkbox"/> 窓口（ <input type="checkbox"/> 田無 <input type="checkbox"/> 保谷） <input type="checkbox"/> 郵送										
被保険者	被保険者番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> （ふりがな）										
	本人の氏名										
	住 所										
	生年月日 大正・昭和 年 月 日 （施設入所等で住所と居所が違う場合、もしくは転出の場合）										
	名 称（施設等）										
	住 所（施設もしくは転出先）										
本人同意	上記資料を事業者提供することに同意します。 被保険者 氏名										
	住所										
	被保険者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が代わって、その署名を代筆しました。										
	署名代筆者 氏名										
	住所										
	本人との関係										

※事務処理欄 ①提出者 社員証 名刺 認定調査員証
 その他 ()
 ②事業者 居宅・施設 包括

処 理	受 付	確 認

同意事項

- (1) 開示請求をする事業者は、対象の被保険者との間で居宅サービス計画等の提供に係る契約を締結している、又は締結を予定している。
- (2) 居宅サービス計画等の作成以外の目的に使用しない。
- (3) 提供を受けた審査会資料について盗用及び第三者への閲覧、又は複製物の提供をしない。
- (4) 情報提供により知り得た情報を第三者に漏らさない。
- (5) 提供を受けた情報を適正に保管する。
- (6) 情報の改変、滅失等の事故を防止するとともに、事故があった場合は、直ちに西東京市に報告する。
- (7) 情報を保持する必要がなくなった場合には、速やかに適切な方法で破棄する。
- (8) 西東京市から提供を受けた資料の提示、廃棄又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じる。
- (9) コロナ特例更新の場合は前回認定分の資料を受け取ることとする。