

要介護認定等に係る情報提供交付申請書

年 月 日

高根沢町長 様

私は、被保険者の要介護認定等に係る情報について、高根沢町介護保険要介護認定及び要支援認定に係る情報の提供に関する取扱要領に基づき申請します。

|                                              |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|--|------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| 申請者                                          | フリガナ                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住所等 | 〒 | — |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
|                                              | 氏 名                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
|                                              | 事業者<br>施設<br>名称                              | (法人名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
|                                              |                                              | (事業者・施設名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
|                                              | 本人との関係                                       | ※当該箇所にチェックをして、事業者指定番号（居宅介護支援事業者は登録番号も）を記入してください。<br><table><tr><td><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者</td><td><input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護事業者</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 地域包括支援センター</td><td><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 介護保険施設</td><td><input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者</td><td><input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業者</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護事業者</td><td><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業者</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |     |   |   |  | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 | <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護事業者 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者 | <input type="checkbox"/> 介護保険施設 | <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業者 | <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護事業者 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業者 |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者           | <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護事業者  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター          | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> 介護保険施設              | <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護事業者  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者     | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業者 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護事業者 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業者      | <input type="checkbox"/>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |  |                                    |                                             |                                     |                                         |                                 |                                             |                                          |                                              |                                              |                                        |                                         |

遵守事項

- 1 私は、情報提供された資料に係る情報を、本人の居宅サービス計画、介護予防サービス計画、施設サービス計画、認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画、特定施設サービス計画、介護予防特定施設サービス計画、小規模多機能型居宅介護計画、介護予防小規模多機能型居宅介護計画、地域密着型特定施設サービス計画又は地域密着型施設サービス計画の作成以外の目的に使用しません。
- 2 私は、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、認知症対応型共同生活介護事業者、介護予防認知症対応型共同生活介護事業者、特定施設入居者生活介護事業者、小規模多機能型居宅介護事業者、介護予防小規模多機能型居宅介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者及び地域密着型介護老人福祉施設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ます。
- 3 私は、交付された写しを厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めます。また、交付された写しを紛失又は破損した場合は、直ちに町に連絡し、その指示に従います。
- 4 私は、町から交付された写しの提示若しくは提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じます。

被保険者の要介護認定等に係る情報提供資料申請一覧

下記の者にかかる介護認定情報の提供を申請します。  
なお、情報の提供を受けた際には、記載の遵守事項を守ることを約束します。  
※被保険者番号が記載されている場合は、生年月日と住所は省略できます。

| No. | 被保険者情報 |     |       |      | 情報開示請求資料                                                                                                         | 受領日 |
|-----|--------|-----|-------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|     | 被保険者番号 | 氏 名 | 生年月日※ | 住 所※ |                                                                                                                  | 受領者 |
| 1   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 2   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 3   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 4   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 5   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 6   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 7   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 8   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 9   |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 10  |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 11  |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 12  |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 13  |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 14  |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |
| 15  |        |     | 年 月 日 | 高根沢町 | <input type="checkbox"/> 認定情報（一次判定結果）<br><input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項）<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書 | 月 日 |