

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 6 年 4 月 1 日

西東京市長 宛

(〒〇〇〇—〇〇〇〇)

請求者 住所 西東京市 〇〇町 〇-〇-〇

事業者 居宅介護支援事業所 〇〇〇〇

代表者 名字 名前

担当者 名字 名前

電話番号 042 (×××) ××××

必ず裏面の同意事項を確認し、
チェックをお願いします。

■ 裏面の事項に同意します。

請求内容	認定年月日	平成・ 令和 5 年 3 月 15 日
	請求資料	<input checked="" type="checkbox"/> 審査会資料（認定調査） <input checked="" type="checkbox"/> 審査会資料（主治医意見書）
	受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 窓口（ <input checked="" type="checkbox"/> 田無 <input type="checkbox"/> 保谷） <input type="checkbox"/> 郵送

被保険者証に記載のある
認定年月日をご記入ください。

被保険者	被保険者番号	1 0 0 0 1 1 1 1 1 1
	(ふりがな)	みょうじ なまえ
	本人の氏名	名字 名前
	住所	西東京市 ▲町 ▲-▲-▲
	生年月日	太正・ 昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 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)		

郵送受取希望の場合、
切手を貼った返信用封筒が必要です。

- 受付も郵送の場合は
- ① 事業所が確認できるものの写し（名刺や職員証等）
 - ② 切手を貼った返信用封筒が必要です。

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 名字 名前

住所 西東京市 〇町 〇-〇-〇

被保険者は、身体状況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 名字 名前

住所 西東京市 ■■町 ■-■-■

本人との関係 子

白鑑不要です。

※窓口で、事業所の確認をいたします。
・名刺、職員証/社員証、認定調査員証等、
事業所の確認ができるものをご提示をお願いします。

後見人等の方の場合、
対象者様のお名前を被保険者の欄に、
署名代筆者の欄に後見人等の方の情報を
お書きください。

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。