

# 記入例

## 介護保険 要介護認定等の資料交付請求書

年 月 日

会津若松市長

裏面に「提供を受けた者の遵守事項」をコピーし必ず両面印刷にご提出ください。

私は、下記により資料の交付を請求します。

料について、交

なお、資料の交付を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

請 求 者	氏名 (事業所名)	会津若松市介護センター	
	担当者氏名 (事業者が申請する場合)	担当者氏名	
	住所 (所在地)	〒123-4567 会津若松市東栄町〇〇番×△号	
	電話番号	1234 ( 56 ) 7890	
	被保険者本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 ( ) <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 (地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業者 (介護予防特定施設入居者生活介護事業者) <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業者 (地域密着型介護予防サービス事業者)	

当てはまるものに☑をつける。

被 保 険 者	氏名	会津太郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	住所	会津若松市東栄町〇〇番△×号											
	生年月日	明・(天)・昭 〇年 △月 △日					性別	(男)・女					
介護認定資料	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査)					<input type="checkbox"/> 認定調査票 (基本調査)							
	<input type="checkbox"/> 認定調査票 (特記事項)					<input type="checkbox"/> 主治医意見書							
本庁以外受取	<input type="checkbox"/> 河東支所			<input type="checkbox"/> 北会津支所			<input type="checkbox"/> 郵送 (返信用封筒を同封)						

交付を希望するものに☑をつける。

本庁以外受取の場合のみ、☑をつける。

※施設等に入所しており、請求者と被保険者の住所が一致していない場合は契約書を添付して請求してください。

市 確 認 欄	認定結果	居宅等届出	本人確認	本人同意	主治医同意	認定申請日
	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護					

## 提供を受けた者の遵守事項

① 交付を受けた資料を被保険者本人の介護サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用しないこと。

② 交付を受けた資料を被保険者本人の文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせ若しくは交付しないこと。

③ 資料の交付を受けた事業者の職員その他従業員、または職員その他の従業員であった者が、前2号の行為を行わないよう必要な措置を講ずること。

④ 被保険者本人の同意を得ることなく、交付を受けた資料を介護サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画作成以外の目的で複写し、または複製しないこと。

⑤ 交付を受けた資料を厳重に管理し、紛失、または破損しないよう適正な管理に努めるとともに、紛失、または破損した場合は、直ちに本人及び市高齢福祉課に連絡し、その指示に従い善処すること。

⑥ 被保険者本人との居宅介護支援、介護予防支援、または施設サービス等の交付に係る契約期間が満了した場合その他交付を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料を責任をもって廃棄すること。

⑦ 交付を受けた主治医意見書の写しを、主治医の承諾を得ることなく、被保険者本人に開示しないこと。

⑧ 被保険者本人、または市から交付を受けた資料の提示、また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ること。

**※上記の事項を遵守しなかった場合は、今後の資料交付を受けられないことがあります。**