

## 要介護認定等の資料提供に係る請求書（個人・介護老人福祉施設入所選考用）

年 月 日

摂津市長 様

私は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定調査票に関する資料について、提供されるよう請求します。

なお、資料の提供を受けた際は、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誓約します。

請 求 書	氏 名		
		被保険者本人との関係	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 親族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 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"/> 介護予防支援事業者
	事業者等の名称		
	住 所	( ) -	

被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	
	生 年 月 日	年 月 日生		
	住 所			
提 供 資 料		<input type="checkbox"/> 認定調査票（基本調査）		

備考 請求者は、請求者の要件に該当することを証明する書類を提示してください。

請求者が被保険者本人以外の場合は、裏面の被保険者同意欄に被保険者本人の同意を得てください。

## ※市記入欄

被保険者同意	確認書類				決 裁 欄	課長	課長代理
請求者要件	A 1 点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員証					
		<input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証					
		<input type="checkbox"/> その他 ( )					
	B 2 点	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険関係書類 <input type="checkbox"/> 医療受給者証					
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
						係長	担当者

【遵守事項】

1. 私は、提供を受けた資料に記載された個人情報と被保険者の介護老人福祉施設入所選考以外の目的に使用したり、被保険者以外の者に提供いたしません。
2. 私は、私の従業者又は従業者であった者が、上記 1 に記載した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
3. 私は、提供を受けた資料を、厳重に管理し、資料の紛失又は記載された個人情報が漏洩しないよう適正に保管します。
4. 私は、提供を受けた資料が紛失し、若しくは当該資料に記載された個人情報の漏洩が生じ、又はそのおそれが生じた場合は、直ちに市長に連絡し、その指示に従うとともに、その旨を被保険者に通知します。
5. 私は、提供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（当該資料を複写し、又は複製したものを含む。）を市長に返付し、又は個人情報が漏洩しないよう措置を講じたうえで廃棄します。
6. 私は、提供を受けた資料について、当該資料に係る被保険者又は市長からの提示又は提供若しくは返還を求められたときは、これに応じます。

(注) 上記の遵守事項に違反した場合、今後の資料の提供が受けられません。

---

被保険者同意欄

私は、摂津市が保有する私の介護保険要介護認定調査票に係る資料について、下記の者に提供することに同意します。

- ☐ 私の親族（氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ ）
- ☐ 私と契約を締結した居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型サービス事業者・特定施設入居者生活介護事業者・地域包括支援センター・介護予防支援事業者
- ☐ 私と契約を締結する予定の居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型サービス事業者・特定施設入居者生活介護事業者・地域包括支援センター・介護予防支援事業者事業者等の名称（ \_\_\_\_\_ ）

本人氏名 \_\_\_\_\_