

茅ヶ崎市介護保険認定関係書類情報提供請求書兼誓約書（表）

両面印刷してください。

日付の記載を確認してください。

令和3年 4月 2日

(宛先) 茅ヶ崎市長

請求者 住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1

氏 名 居宅介護支援事業所 まろ

電話番号 0467(82)1111

(資料受領者氏名 茅ヶ崎 太郎)

被保険者との関係 本人 親族 ()
居宅介護支援事業者 介護サービス事業者
介護保険施設 地域包括支援センター

次のとおり認定関係書類の情報提供を請求します。
 なお、提供を受けた資料は、下記の遵守事項に従って取り扱います。

請求者欄に、事業者名が必要となります。

希望する情報提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付
情報提供を請求する理由	<input checked="" type="checkbox"/> サービス計画の作成のため <input checked="" type="checkbox"/> サービスの利用のため <input type="checkbox"/> その他 ()
情報提供を請求する認定関係書類	<input checked="" type="checkbox"/> 介護認定審査会資料 (基本調査・特記事項含む) <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書
被 保 険 者	住 所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1 電話0467-82-1111
	ふりがな え ぼ し ま ろ
	氏 名 烏 帽 子 麻 呂
	生年月日 大正5年10月1日
被保険者番号	0 0 0 0 8 2 1 1 1 1

決定区分 情報提供をします。 一部の情報提供をします。 情報提供しません。

遵守事項	1 私 () の情報 を、 外の目的 には 2 私 3 私 4 私 類を責任 をも 5 私
1 私 () の情報 を、 外の目的 には 2 私 3 私 4 私 類を責任 をも 5 私	<p>来庁時の注意事項</p> <p>「資料受領者氏名」に記載された方の身分証明書を窓口で提示してください。 ※事業者が発行した氏名・写真付きの事業所名が入った身分証（従業員証等）が必要となります。</p>
1 私 () の情報 を、 外の目的 には 2 私 3 私 4 私 類を責任 をも 5 私	<p>認定関係書類等の情報提供を受けた場合は、市長が別に指示する留意事項を遵守します。</p>

1 委任状・同意書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

事業者の方は、2に○をしてください。

表記の茅ヶ崎市介護認定関係書類情報提供請求書兼誓約書に記載されている介護認定関係書類の情報提供につき、自ら請求できないので、同請求書に請求者を私の代理人に選任し、その権限を委任します。

② 私は、居宅サービス計画等及び居宅サービス等のため表記の請求者に対し茅ヶ崎市介護認定関係書類情報提供請求書兼誓約書に記載されている私の介護保険認定関係書類の提供することに同意します。

本人が署名できない場合は空欄とし、親族等が理由欄を記入ください。

住所

氏名

注意：必ず本人が署名してください

署名できない理由として該当する事項がある場合は、

2 理由 レ印をしてください。

年 月 日

- 認知症等により判断能力が欠ける
- 身体機能低下により書字困難
- その他の理由

日付の記載を確認してください。

親族等の氏名 濱 みい奈 被保険者本人との関係 (長女)

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1

その他の理由に該当する場合は、具体的な理由を記載してください。

本人が心身の障害等で署名できないときは、理由書を記入し、該当する□に、レ印を記入してください。
 その他の理由にレ印を記入した場合は、具体的な状態を記入してください。
 成年後見人の場合は、登記事項証明書の写しを提出してください。

以下は、市が記入します。

確認の書類区分

- 1 身分証明書
- 2 介護保険被保険者証
- 3 運転免許証
- 4 マイナンバーカード
- 5 戸籍謄本、住民票
- 6 その他 ()