

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）

年 月 日	
(宛先) 茅ヶ崎市長	
請求者 住 所	
氏 名	
電話番号 ()	
(資料受領者氏名)	
被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 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。	
希望する情報提供の方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/>写しの交付
情報提供を請求する理由	<input type="checkbox"/> サービス計画の作成のため <input 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 type="checkbox"/> 介護認定審査会資料（基本調査・特記事項含む） <input type="checkbox"/> 主治医意見書
被 保 険 者	住 所 電話 ー
	ふりがな 氏 名
	生 年 月 日 年 月 日
	被保険者番号
決定区分	<input type="checkbox"/> 情報提供をします。 <input type="checkbox"/> 一部の情報提供をします。 <input type="checkbox"/> 情報提供しません。
遵守事項 1 私は、情報提供を受けた被保険者本人（以下本人という。）の情報又は本人の親族（以下「親族」という。）の情報を、適切な介護サービス計画の作成及び適正な介護サービスの提供（以下介護サービス計画等という。）以外の目的には使用しません。 2 私は、提供を受けた認定関係書類を適切な介護サービス計画の作成等以外の目的で複製又は複写しません。 3 私は、提供を受けた認定関係書類を厳重に管理し、紛失、破損、漏洩しないよう適正な管理に努めます。 4 私は、本人との介護支援サービス等に係わる契約関係が終了した場合等、必要が無くなった時は、当該書類を責任をもって破棄します。 5 私は、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。	

1 委任状・同意書

年 月 日
(宛先) 茅ヶ崎市長
1 私は、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私の介護保険認定関係書類の情報提供につき、自ら請求できないので、同請求書に記載のある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をすることに同意します。
住所
氏名
<u>注意：必ず本人が署名してください。</u>

2 理由書

年 月 日	
<input type="checkbox"/> 認知症等により判断能力が欠ける	
<input type="checkbox"/> 身体機能低下により書字困難	
<input type="checkbox"/> その他の理由	

親族等の氏名	被保険者本人との関係 ()
住所	

- 備考 1 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。
- 2 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。
- 3 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 ()