

茅ヶ崎市医師意見書（障害支援区分認定用）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

事業者名

電話番号 ()

(資料受領者氏名)

障がい者との関係 指定特定相談支援事業所

次のとおり医師意見書（障害支援区分認定用）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"/> サービス等利用計画作成のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
情報提供を請求する認定関係書類	<input type="checkbox"/> 医師意見書（障害支援区分認定用）	
障がい者	住 所	電話番号 ()
	ふりがな氏名	
	生年月日	年 月 日
	受給者番号	
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、情報提供を受けた障がい者本人（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、適切なサービス等利用計画の作成以外の目的には使用しません。 2 私は、提供を受けた医師意見書（障害支援区分認定用）を適切なサービス等利用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、提供を受けた医師意見書（障害支援区分認定用）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、本人との障害福祉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。		

1 同意書

	年	月	日
(宛先) 茅ヶ崎市長			
1 私は、サービス等利用計画作成のため表記の請求者に対し茅ヶ崎市医師意見書(障害支援区分認定用)提供請求書兼誓約書に記載されている私の医師意見書(障害支援区分認定用)の提供をすることに同意します。			
氏名	生年月日	年	月 日
住所			
電話番号	()		

代理人

	年	月	日
氏名	本人との関係 ()		
住所			

以下は、市が記入します。

確認の書類区分

1 社員証 2 運転免許証 3 マイナンバーカード 4 その他 ()