

# 介護保険要介護認定等資料情報提供依頼書(認定調査票・主治医意見書分)

水戸市長 様

年 月 日

事業所名

氏名

住所

TEL

下記被保険者の介護サービス計画(ケアプラン)作成のため、要介護認定等資料の情報提供を依頼します。

(太線内記入)

被保険者番号 (不明な場合は生年月日及び住所を記入してください)		被保険者氏名	認定調査票	主治医意見書	希望する要介護認定等資料に係る認定日(審査会日)を記入してください
					年 月 日
生年月日	T 年 月 日 S	住所			
(受取条件)					
<input type="checkbox"/> 私は、私と同一事業所の介護支援専門員に、依頼した要介護認定等資料の受取を委任します					
(遵守事項)					
(1) 被保険者の要介護認定等資料を介護サービス計画(ケアプラン)作成以外には使用しないこと					
(2) 被保険者の要介護認定等資料を介護サービス計画(ケアプラン)作成以外の目的で複写または複製しないこと					
(3) 被保険者の要介護認定等資料を第三者に知らせたり提供したりしないこと					
(4) 被保険者の要介護認定等資料を紛失することがないように管理を徹底すること					
(5) 水戸市から被保険者の要介護認定等資料の返還を求められたときは速やかに応じること					
(6) 被保険者の要介護認定等資料を所持する必要がなくなったときは、確実かつ速やかに廃棄すること					

(受取時記入)

受取日	年 月 日	受取人氏名	
-----	-------	-------	--

(生活福祉課記入)

身分証明	<input type="checkbox"/> 専門員証 <input type="checkbox"/> 従業員証	居宅届	<input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 未届	提供方法	<input type="checkbox"/> 窓口提供 <input type="checkbox"/> 郵送 (要支援者)契約確認( <input type="checkbox"/> 包括一事業所 <input type="checkbox"/> 包括一人)
------	--	-----	--	------	---

【被保険者の施設サービス計画作成に使用する場合は、以下の記入をお願いします】

施設入所証明書	
被保険者が当施設に入所し施設サービスを利用していることを証明します	
入所年月日	年 月 日
入所施設等証明欄 (入所施設名及び入所施設長名)	