（事業者用）

（様式第１号の２）

介護保険情報提供依頼書

令和　　年　　月　　日

（あて先）八　代　市　長

八代市介護保険の要介護等認定に係る情報提供事務取扱要領第４条の規定に基づき、次のとおり情報の提供を依頼します。なお、情報提供を受けた資料は、裏面記載の遵守事項を守り適正に管理することを約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼者 | 本人との関　　係 | □　届出済指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター）□　契約済指定介護予防支援事業所（地域包括支援センター） |
| 事業所名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　 |
| 所 在 地 |  |
| 氏　　名 |  |
| 被保険者 | № | 氏　　　名 | 被保険者番号 | 提供の方法 | 提供依頼資料 | 認定日 | 提供資料受領確認欄 |
| １ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 日付・サイン　　 |
| ２ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 　　日付・サイン　　 |
| ３ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 　　　日付・サイン　　　　 |
| ４ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 　日付・サイン　 |
| ５ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 　　日付・サイン　　 |
| ６ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 日付・サイン |
| ７ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 　　　日付・サイン　　　　 |
| ８ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 　　日付・サイン　　 |
| ９ |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 　　　日付・サイン　　　　 |
| 10 |  |  | □閲覧□写し交付 | □認定情報帳票□主治医意見書 | 年　 月 　日 | 　日付・サイン |

（遵守事項）

１　　提供資料を被保険者本人の介護予防サービス・支援計画の作成又はサービスの提供以外の目的に使用しないこと。

２　　提供資料をサービス担当者会議その他介護予防サービス・支援計画作成又はサービス提供の用に供することを目的として、当該提供資料を複写し、又は複製し、その複写物等を事業者に提供したときは、当該複写物等を提供した事業者の把握に努め、八代市長から報告を求められたときは、これに応じること。

３　　提供資料を紛失し、又は破損しないように適正な管理に努めるとともに、提供資料を紛失し、又は破損した場合は、直ちに高齢者支援課へ連絡しその指示に従うこと。

４　　被保険者本人との介護予防支援、介護予防サービス等の提供に係る契約関係が終了したときその他提供資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料を責任をもって廃棄すること。

５　　八代市長から提供資料の提示若しくは提出又は返還を求められたときは、いつでもこれに応じること。

６　　提供を受けた主治医意見書の写しについては、本人又は本人の親族等に提供しないこと。

（注）

　　上記遵守事項に違反したときは、今後の情報提供が受けられなくなる場合があ

ります。