

# 介護保険 要介護・要支援認定にかかる資料提供依頼書

堺市長殿

依頼日：令和 年 月 日

認定資料を窓口で代理の方が受領する場合、  
在職（所属）する事業者・施設を確認できるもの（社員証や名刺等）をご提示ください。

依頼者（担当者）	氏名	(※)  ((※)において、依頼者が自署しない場合は、記名押印してください)
	事業者・施設の名称	
	住所（事業者・施設の所在地）	
	電話番号	

私は、下記の被保険者の介護サービス計画または介護予防サービス計画の作成にあたり、要介護・要支援認定にかかる資料の提供を依頼します。

なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で適正に管理することを誓約します。また、私は、依頼書の記載事業者・施設に在職していることに相違ありません。

これに違反した場合は、以後の資料提供が受けられなくなることを了承します。

No.	被保険者番号/被保険者氏名	依頼する提供資料	市確認欄
1		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	届出
			本人同意 医師同意
2		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	届出
			本人同意 医師同意
3		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	届出
			本人同意 医師同意
4		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	届出
			本人同意 医師同意

※認定結果の提供に際しては、認定結果を「確認できない理由」を確認します。

## 遵守事項

### 1. 秘密保持

提供された情報を、正当な理由なく他に知らせ、又は不当な目的に使用しません。

また、提供された情報の秘密保持及び保護保管については、最善の管理体制をもって厳重に管理します。

### 2. 目的外の使用

提供された情報を、介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用する場合は、本人の同意を得るなど、適法かつ公正な手段によって行います。また、提供された情報を、介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用したことによって発生するすべての事象についての責任を負います。

### 3. 提供された情報の処分

提供された情報は、業務終了後速やかに、かつ適切に処分します。

### 4. 前3項に違反した場合における情報提供の停止及び損害賠償義務

前3項に違反した場合、情報の提供を停止され、その事実及び経過について公表されても、一切異議申立てしません。また、前3項に違反したことにより、堺市又は第三者に損害を与えたときは、他者の責に帰すべき場合を除き、その損害を賠償する責に任じます。

市確認欄	受付番号	受付者/点検者	交付物の受領者 <input type="checkbox"/> 交付不可	備考
			<input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 代理人（氏名： ） 代理人： <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 名刺 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 郵送（ / ） <input type="checkbox"/> 承認（ / ）

※市確認欄には何も記入しないでください。

【令和5年1月改訂】